

دیپلماسی سلامت به مثابه قدرت نرم: تجربه‌هایی از برزیل و کوبا برای ایران
DOR: 20.1001.1.23225580.1400.11.1.8.6 **نوع مقاله: پژوهشی**
علی باقری دولت آبادی^۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۴/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۰۳

چکیده

یکی از عرصه‌های مورد توجه دولت‌ها برای افزایش قدرت نرم خود بویژه در دوران شیوع کرونا در جهان، بحث دیپلماسی سلامت بوده است. سوال اصلی پژوهش حاضر این است که کشورهای کوبا و برزیل به عنوان دو نمونه موفق و شناخته شده در حوزه دیپلماسی سلامت در سطح جهان، چه تجربیاتی داشته‌اند و ایران چگونه می‌تواند از این تجربیات برای افزایش قدرت نرم خود در سطح جهانی استفاده نماید؟ فرضیه پژوهش تاکید دارد که در این کشورها بهداشت از موضوعی مربوط به سیاست داخلی خارج و به بعد سیاست خارجی تسری پیدا کرده است. کوبا با تکیه بر منافع ایدئولوژیک و اقتصادی آن را در خدمت قدرت نرم خود قرار داد و برزیل مستقیماً از همان ابتدا به دنبال بعد سیاسی (شهرت‌سازی و کسب پرستیژ) حرکت کرد. روش مورد استفاده در مقاله روش مقایسه‌ای-تحلیلی است و از نظریه قدرت نرم برای تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده استفاده شده است. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد تجربیات موفق برزیل در همکاری با سازمان بهداشت جهانی در امر مبارزه با ایدز و نیز تدوین کنوانسیون‌های بین‌المللی می‌تواند از سوی ایران نیز در بحث قاچاق مواد مخدر و آثار مصرف آن تکرار گردد. همچنین ایران می‌تواند همانند برزیل کمک‌های مالی خود در زمینه‌های بهداشتی را از کانال سازمان بهداشت جهانی به دست کشورهای مقصد رسانده و از این طریق بر شهرت بین‌المللی‌اش بیفزاید. همچنین موفقیت‌های کوبا در امر آموزش دانشجویان دیگر کشورها در رشته‌های پزشکی، صادرات دارو و تجهیزات پزشکی، ارائه خدمات بهداشتی به کشورهای نیازمند، مشارکت در برنامه‌های واکسیناسیون جهانی و... امکان تکرار شدن از سوی ایران را دارد.

واژه‌گان کلیدی: قدرت نرم، دیپلماسی سلامت، برزیل، کوبا، سیاست خارجی، کووید-۱۹.

۱- دانشیار روابط بین‌الملل، گروه علوم سیاسی دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران. (نویسنده مسئول)

مقدمه

این روزها بحث دیپلماسی سلامت یکی از حوزه های مورد علاقه اکثر سیاستمداران، پژوهشگران، پزشکان و فعالان اجتماعی است که به نوعی با بیماری کرونا در جهان سر و کار دارند. تا پیش از شیوع ویروس کووید-۱۹ آنچه بیشتر دیپلماسی سلامت را از حاشیه به متن آورد مبارزه با بیماری هایی همچون آنفولانزا، مالاریا، ایدز و سارس بود که اگرچه بیماری هایی مسری و خطرناک محسوب می شدند اما به واسطه جغرافیای محدودی که درگیر این بیماری ها بود به دغدغه ای برای همه جهانیان تبدیل نشدند. به عنوان مثال باوجود اینکه برای ایرانی ها طی دو سال گذشته شیوع آنفولانزا تا قدری ایجاد نگرانی کرد و تلفاتی اندک به همراه آورد ولی هیچگاه دغدغه ای جدی نشد و حتی در حد و اندازه ای نبود که فعالیت های اقتصادی و اجتماعی را در کشور مختل نموده و یا لازم باشد کمیته ویژه ای از سوی رئیس جمهور برای مقابله با آن تشکیل شود. اما کووید-۱۹ و سرعت انتقال این بیماری در شهرهای ایران قدری متفاوت بود و خیلی زود دولت را به سوی تلاش های برون مرزی برای مقابله و کنترل بیماری سوق داد. (Kamrava, 2019: 1-3) ایران اولین مورد تشخیص بیماری کووید-۱۹ را در ۳۰ بهمن ۱۳۹۸ ثبت کرد و تا ۳۱ اردیبهشت ۱۳۹۹ اولین موج کرونا را پشت سر گذارد. (Jalali Et al, 2020: 544) نقطه اوج کرونا در موج اول در اول فرودین ماه ۱۳۹۹ با ۳۱۸۶ مورد ابتلا به بیماری ثبت شد. ایران در ۱۴ اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۹ برای ۶۱ شهر کشور اعلام وضعیت قرمز نمود. از اول خرداد ماه تا ۳۱ شهریور ماه ۱۳۹۹ موج دوم کرونا در ایران ثبت گردید. در موج دوم در ۱۵ خرداد ۳۵۷۴ بیمار مبتلا به این بیماری شناسایی گردید که تا ۱ مهر بالاترین آمار تشخیص محسوب می شد. (Worldometer, 2020) با ورود به اولین موج شیوع کرونا در کشور دستگاه دیپلماسی فعالیت های خود در عرصه دیپلماسی سلامت را

آغاز کرد. هم ارتباطات ایران با دیگر کشورها برای تبادلات علمی، همفکری و همکاری‌های پزشکی شدت بیشتری گرفت و هم اینکه ایران دوره‌ای از همکاری‌های نزدیک و فشرده با سازمان بهداشت جهانی را تجربه کرد. (باقری دولت آبادی و شفیعی سیف آبادی، ۱۳۹۹: ۱۷-۱۸) با اینحال آنچه در سیاست خارجی ایران مغفول مانده است به نظر می‌رسد وجود یک نقشه راه در حوزه دیپلماسی سلامت است. علت را نیز می‌توان تا حدی به نبود پژوهش‌ها و مطالعات کافی در این باره در ایران مرتبط دانست. به نحوی که هیچ پژوهشی را نمی‌توان سراغ گرفت که در آن تجربیات دیگر کشورها در حوزه دیپلماسی سلامت بررسی شده باشد. بر این اساس هدف مقاله حاضر بر کردن این خلاء ادبیات علمی و ارائه راهکارهای اتخاذ شده از سوی کوبا و برزیل در این باره است. سوال اصلی پژوهش این است که کشورهای کوبا و برزیل به عنوان دو نمونه موفق و شناخته شده در سطح جهان در حوزه دیپلماسی سلامت چه تجربیاتی داشته‌اند و ایران چگونه می‌تواند از این تجربیات برای افزایش قدرت نرم خود در سطح جهانی استفاده نماید؟ روش مورد استفاده روش مقایسه‌ای-تحلیلی است و داده‌های لازم به شیوه کتابخانه‌ای جمع‌آوری شده است.

تعریف مفاهیم و چارچوب نظری

مفهوم دیپلماسی سلامت عموماً مترادف با واژه‌های دیپلماسی پزشکی، دیپلماسی بهداشت و دیپلماسی بیماری استفاده شده است. درخصوص این واژه دو تعریف ارائه شده است: وینکانه^۱، نوتنی^۲ و لیسلی^۳ دیپلماسی سلامت را یک تغییر سیاسی در راستای دست‌یابی به اهداف ذاتی ارتقای سلامت در سطح جهان از راه تقویت روابط بین‌المللی، مخصوصاً مناطقی که منابع محدود

1 - Vincanne

2 - Novotny

3 - Leslie

دارند تعریف کرده‌اند. (Vincanne, Novotny and Leslie, 2008: 315) بلومنتال و شلیسل نیز دیپلماسی سلامت را وسیله‌ای برای محافظت از خود در جامعه جهانی دانسته و از آن به عنوان فرصتی برای ایجاد ارتباط بین دولت‌های جهان، بخش خصوصی و سازمان‌های غیردولتی در جهت ارتقای سلامت عمومی یاد کرده‌اند. (Blumenthal and Schlissel, 2017) در پژوهش حاضر مقصود ما از این واژه مجموعه اقداماتی است که از سوی دولت‌ها در حوزه سلامت در عرصه بین‌المللی اتخاذ می‌شود و در پرتو آن دولت‌ها می‌کوشند به تامین منافع ملی، گسترش همکاری‌ها و ارتقای سلامت در جهان از طریق تقویت روابط بین‌المللی اقدام ورزند. سازمان بهداشت جهانی مهمترین اهداف دیپلماسی سلامت را اینگونه ذکر می‌کند: امنیت بهداشتی و سلامت بهتر مردمان؛ بهبود روابط دولت‌ها و تعهد طیف گسترده‌تر بازیگران بین‌المللی به همکاری با یکدیگر در جهت بهبود سطح سلامت جهانی؛ و رسیدن به نتایج مطلوب در حمایت از اهداف کاهش فقر و افزایش برابری در جهان. (WHO, 2020)

برای این نوع از دیپلماسی شاخصه‌های زیر را می‌توان شناسایی کرد: میزان همکاری و کمک‌رسانی در حوزه بهداشت به دیگر کشورها به هنگام بروز بلایای طبیعی و غیرطبیعی، (Feinsilver, 2008) میزان و سطح همکاری با سازمان بهداشت جهانی، میزان اعطای کمک‌های بلاعوض مالی به سازمان بهداشت جهانی، میزان کمک‌های مالی به کشورهای فقیر برای اصلاح نظام بهداشت و ایجاد تاسیسات زیربنایی، (Shajalal Et al, 2017) میزان مشارکت در کنترل و مبارزه با همه‌گیری‌ها و ایجاد کمپین‌های واکسیناسیون، (Marrogi and al-Dulaimi, 2014) ارائه آموزش‌های بهداشتی و همکاری‌های علمی با دیگر کشورها، ارائه مستقیم خدمات پزشکی به شهروندان دیگر کشورها، ارائه خدمات مشاوره‌ای بهداشتی به کشورهای جهان، اهدای دارو و تجهیزات پزشکی به کشورهای توسعه نیافته و کم

برخوردار،(Ward, 2020) تاسیس مراکز درمانی و بهداشتی در دیگر کشورها، ارائه بورس های تحصیلی در رشته های مرتبط با پزشکی و بهداشت، میزبانی از رخدادهای مهم علمی در حوزه پزشکی، همایش ها، سمینارها،(Feinsilver, 2006) تبدیل شدن به الگویی موفق در حوزه سلامت و انعکاس دستاوردها به دیگر کشورها،(Huang, 2010) نقش آفرینی در تنظیم معاهدات و کنوانسیون های بین المللی مرتبط با حوزه بهداشت و پزشکی. (Feinsilver,2010; Lee & Gómez, 2011)

دیپلماسی سلامت را باید زیرمجموعه دیپلماسی علمی محسوب نمود که بخشی از دیپلماسی عمومی هر کشوری را شکل می دهد. همچنان که دیپلماسی عمومی گامی در راستای تحقق قدرت نرم کشورها در عرصه بین المللی محسوب می گردد(پوراحمدی، ۱۳۸۹: ۱۶۳) دیپلماسی سلامت را نیز از این منظر باید نگریست. مقصود از قدرت نرم همانگونه که جوزف نای اشاره کرده است عبارت است «از توانایی شکل دادن به اولویت‌ها و ترجیحات دیگران با تکیه بر عنصر اقناع سازی از طریق به کارگیری عنصر جذابیت»(نای، ۱۳۸۷: ۴۳) هدف قدرت-نرم، نخست افکار عمومی خارج و سپس داخل است. از این رو، رفتار توأم با جذابیت قابل رؤیت، اما غیر محسوس را تجویز می کند. بنابراین به نظر نای، «قدرت نرم زمانی اعمال می شود که یک کشور، سایر کشورها را وا دارد چیزی را بخواهند که خود می خواهد». (Nye, 1990: 166) درحالیکه برخی از پژوهشگران همچون شینتیان یو^۱ برای قدرت نرم چهار منبع برشمرده اند: «فرهنگ، ایده‌ها، مدل توسعه، نهادهای بین‌المللی و تصویر بین‌المللی» (Yu, 2008:122) برخی دیگر از تحلیل گران به پیروی از نای بر سه گانه ارزش های سیاسی، فرهنگ و مطلوبیت سیاست خارجی تاکید کرده (Nye, 2010: 4, Nye, 2007: 146) و

¹ - Xintian Yu

نقش سیاست خارجی و نهادهای بین‌المللی را حائز اهمیت می‌شمردند. از این منظر، قدرت نرم یک کشور در ایجاد نهادهای بین‌المللی، تعیین دستورکار، بسیج ائتلاف‌ها و توانایی برای تحقق تعهدات تجلی می‌یابد (Li & Gang, 2010: 13-25)

در هر صورت همانگونه که نای توضیح می‌دهد سیاست خارجی در صورتی که مشروع، موجه و دارای اقتدار اخلاقی باشد، در زمره‌ی منابع قدرت نرم محسوب می‌شود و سیاست خارجی که مبتنی بر زور و اقدامات نامشروع در عرصه بین‌المللی باشد را نمی‌توان سازنده قدرت نرم در نظر گرفت. (Nye, 2004: 21-43) نکته‌ای که از سوی الکساندر ال و وینگ^۱ نیز مورد تأکید قرار گرفته و او نیز معتقد است منابع قدرت باید مبتنی بر خیرخواهی، شکوه و زیبایی باشند و به ارتقای منزلت بین‌المللی یک کشور بینجامد (و وینگ، ۱۳۸۸: ۱۳۶) در عین حال باید در نظر داشت که منابع قدرت نرم همواره ثابت نیستند و در گذر زمان متناسب با بسترها و شرایط ممکن است تغییر پیدا کنند. (گلشن پژوه، ۱۳۸۷: ۳۳) کما اینکه نباید از منابع قدرت نرم انتظار داشت آثار و نتایج خود را سریع به نمایش بگذارند و عموماً اثر این منابع در بلندمدت مشخص می‌گردد. (نای، ۱۳۸۶: ۱۱۳)

حوزه بهداشت و سلامت از جمله حوزه‌هایی است که به اعتقاد کیکبوش به عنوان ابزاری برای بهبود شهرت سیاسی دولت‌ها عمل کرده است و دولت‌ها کوشیده‌اند تا با نشان دادن تعهد خود نسبت به مسائل اخلاقی و بهداشتی موقعیت بین‌المللی خود را بهبود بخشند. (Kickbusch, 2011: 3) بر این اساس می‌توان گفت آنچه جوزف نای از مطلوبیت‌های سیاست خارجی یک کشور مدنظر دارد در دیپلماسی سلامت قابلیت پیگیری دارد. این دیپلماسی از یک طرف نگاه‌ها به یک کشور به عنوان طرفدار اخلاق و عدالت در عرصه بین‌المللی را ارتقا می‌بخشد و می‌تواند

¹ - Alexander L. Vuving

اقدامات بشردوستانه دولت‌ها را به هنگام بحران‌های مختلف متجلی سازد و از سوی دیگر می‌تواند برای آنها کسب اعتبار و وجهه نموده و جایگاه آنها در عرصه بین‌المللی را ارتقا دهد. (Watt et al., 2013:7-8) کوبا و برزیل از جمله دولت‌هایی هستند که به اذعان پژوهشگران بین‌المللی به موفقیت‌های چشمگیری در کسب قدرت نرم در پرتو دیپلماسی سلامت نائل آمده‌اند. (Lee et al., 2010: 1-4) در ادامه به بررسی و مقایسه تجربیات این دولت‌ها پرداخته می‌شود.

دیپلماسی سلامت کوبا

کوبا یکی از موفق‌ترین کشورهای در حال توسعه و پیشتازترین آنها در دیپلماسی سلامت است. اساس دیپلماسی سلامت هاوانا را در انقلاب ۱۹۵۹ و سیاست‌های بهداشتی آن باید جستجو نمود. در طول پنج دهه گذشته، این ایده که «هیچ کودکی نباید به خاطر نبود مراقبت‌های پزشکی بمیرد» هم بر رویکرد داخلی این کشور برای ارائه خدمات بهداشتی به شهروندانش و هم تلاش‌های کوبا در خارج از مرزها سایه افکنده است. این اعتقاد که سلامتی یک حق انسانی است، حتی در قانون اساسی کوبا انعکاس یافته است. (Bliss, 2017: 6) علی‌رغم مشکلات اقتصادی کوبا و مهاجرت نیمی از پزشکان این کشور، هاوانا در سال ۱۹۶۰ با اعزام اولین تیم پزشکی به شیلی برای امدادرسانی به مردم آسیب‌دیده از زلزله، دیپلماسی سلامت خود را آغاز کرد. سه سال بعد و با اعمال تحریم آمریکا، کوبا اقدام بلندمدت خود در زمینه دیپلماسی سلامت را با اعزام گروهی متشکل از ۵۶ پزشک و کارکنان بخش بهداشت برای ارائه کمک چهارده ماهه به الجزایر فرستاد. (Feinsilver, 2008:274)

تلاش‌های کوبا در حوزه بهداشت و درمان جهانی را از چهار زاویه می‌توان مورد بررسی قرار داد: نخست؛ اعتقاد مردم کوبا به این مساله که به دیگر کشورهایی که در طی مبارزات انقلابی از آنها حمایت کردند و با آنها اعلام همبستگی کردند، بدهکار هستند و باید به نوعی این

محبت و همراهی را جبران نمایند. دوم اینکه؛ انزوای سیاسی-اقتصادی کوبا که در نتیجه تحریم های تجاری آمریکا حاصل شده است در سوق دادن این کشور برای یافتن دوستان و متحدان جدید از طریق کمک ها و اقدامات بهداشتی بی تاثیر نبوده است. سوم اینکه؛ کوبا از دیپلماسی سلامت به عنوان راهی برای صدور انقلاب خود و پیگیری مبارزات ایدئولوژیک علیه استعمار، استثمار و اقدامات ضد امپریالیستی بهره گرفته است. چهارم اینکه؛ دیپلماسی سلامت به منبعی برای کسب منفعت اقتصادی برای کوبا تبدیل گردیده و به نوعی صنعت تبدیل شده است.

همچنین باید اشاره کرد که چهار عامل برنامه دیپلماسی سلامت کوبا را توانمند ساخت: اولین عامل اراده و چشم انداز سیاسی برای تمرکز بر سلامتی به عنوان یک حق اساسی و مسئولیت انسانی دولت بود. فیدل کاسترو با رویکرد حداکثری به مساله بهداشت، سلامتی افراد را به استعاره ای از سلامت سیاست کشور تبدیل کرد. اینکه اگر دولت بتواند در این حوزه موفق باشد در عملکرد سیاسی خود نیز موفق بوده است. تبدیل شدن به رتبه یک شاخص بهداشت جهانی به قدری برای فیدل کاسترو حائز اهمیت بود که در اکثر سخنرانی های خود به ارائه آمار شاخص های بهداشت و سلامت کوبا می پرداخت و به پیشرفت های حاصل شده در آن فخر می فروخت. اینکه به عنوان مثال میزان مرگ و میر نوزدان در کوبا ۵/۶ در هر ۱۰۰۰ نوزاد متولد شده است و این آمار برای آمریکا ۷ نوزاد است. اینکه سن امید به زندگی برای کوبایی ها همانند آمریکایی ها ۷۷ سال است. (Feinsilver, 2006: 83) کاسترو در سخنرانی سال ۱۹۹۲، در بخش مراقبت های بهداشتی در بیمارستان آمیجرس اظهار داشت: « من مطمئن هستم که در هیچ کشور دیگری در جهان، همه شهروندان از حقوق و امکان دریافت مراقبت های بهداشتی برتر، همانند کوبا برخوردار نیستند.» (Castro, 1992)

دومین عامل موفقیت دیپلماسی سلامت کوبا، در اولویت ملی قرار دادن دستیابی به شاخص‌های بهداشتی کشور‌های توسعه یافته به عنوان یک امر حیاتی برای کشور بود. کاسترو به جای مقایسه شاخص‌های بهداشتی کوبا با سایر کشورها همتای خود، به مقایسه هاوانا با شاخص‌های ایالات متحده پرداخت. اینکه میزان مرگ و میر نوزدان در آمریکا چقدر است؟ شاخص بهداشت، تغذیه، خدمات پزشکی، آموزش، مسکن، اشتغال، توزیع عادلانه منابع و رشد اقتصادی در آنجا چگونه است؟ این کار به این کشور کمک کرد تا افق‌هایی بلند را برای برنامه ریزی ترسیم نماید و برای رسیدن به آنها تلاش نماید. فیدل کاسترو برنامه یک پزشک برای هر بلوک آپارتمانی را در کوبا درپیش گرفت. او کوشید خدمات پزشکی را تا دورترین نقاط کوبا گسترش دهد و تمامی مناطق از شهری گرفته تا روستایی از پرجمعیت تا کم سکنه به پزشک دسترسی داشته باشند. او تعداد پزشکان را از یک نفر به ازای هر ۱۳۹۳ شهروند در سال ۱۹۷۰ به یک پزشک برای هر ۱۵۹ نفر در سال ۲۰۰۵ رساند. به عبارت دیگر ظرف ۳۵ سال تعداد پزشکان را در کوبا به سه برابر افزایش داد. موفقیت‌های کوبا صرفاً در حوزه‌های بهداشت یا مراقبت‌های اولیه و تربیت پزشک خلاصه نگردید و این کشور توسعه همزمان پزشکی با فناوری پیشرفته و بیوتکنولوژی را نیز تجربه کرد. کوبا تخصص خود را از طریق کنفرانس‌های پزشکی بین‌المللی متعددی که هر ساله برگزار می‌کند و از طریق تبادلات علمی به اشتراک می‌گذارد. از آنجا که تحقیقات بخش مهمی از عملکرد سیستم بهداشت را به نمایش می‌گذارد، فقط در زمینه پزشکی و بهداشت عمومی، کوبا تا سال ۲۰۰۶ پنجاه و چهار مجله حرفه‌ای منتشر می‌کرد. موفقیت‌های پزشکی کوبا به درجه‌ای رسید که در اوایل سال ۱۹۸۲، دولت ایالات متحده در گزارشی تأیید نمود سیستم بهداشتی کوبا از سایر کشورهای در حال توسعه برتر است و با بسیاری از کشورهای پیشرفته رقابت می‌کند. (Feinsilver, 2006: 84)

سومین عامل موفقیت کوبا، ایجاد یک سیستم بهداشتی درمانی جهانی و رایگان بود. سیستمی که مبتنی بر مراقبت های اولیه بود و با ایده ها و اصول مورد تاکید اعلامیه سازمان بهداشت جهانی انطباق داشت و می توانست این کشور را تا سطح یک کشور توسعه یافته در بحث شاخص های بهداشتی ارتقا بخشد. به همین خاطر نیز همواره مورد ستایش سازمان بهداشت جهانی قرار می گرفت.

چهارمین عامل که بدون آن انجام دیپلماسی سلامت غیرممکن است آموزش بیش از نیاز پرسنل پزشکی، به ویژه پزشکی بود که می توانستند به کشورهای دیگر اعزام شوند. این فقط یک برنامه افزایش تعداد گسترده پزشکان نبود، بلکه تغییر در نوع پزشکان نیز بود. حدود ۲۵ سال پیش آموزش پزشکی تغییر یافت تا متخصصانی تربیت شوند که بتوانند در نقش پزشک خانواده ظاهر شوند. اینها دقیقاً همان نوع پزشکی بودند که می توانستند به مناطق کمتر برخوردار کشورهای در حال توسعه اعزام شوند و حتی بدون دسترسی به وسایل پزشکی پیشرفته خدمات قابل قبولی عرضه نمایند. (Wiebel, 2017:3)

کوبا آموزش و تربیت پزشکان در دیگر کشورها را به چند شکل دنبال کرده است: ۱- آموزش در محل کار، سمینارها، دوره ها و آموزش پزشکی کامل. از اوایل دهه ۱۹۷۰، اساتید پزشکی کوبایی یا دانشکده های پزشکی تأسیس کردند یا در دانشکده های پزشکی آنگولا، اتیوپی، گینه بیسائو، نیکاراگوئه و یمن تدریس می کردند. از آن زمان تاکنون این روند تداوم داشته است. ۲- کوبا مدتهاست که بورس تحصیلی کامل برای دانشجویان سایر کشورهای در حال توسعه برای تحصیل در مقطع تحصیلات تکمیلی ارائه می دهد. از سال ۱۹۶۱ تا ۲۰۰۱، تقریباً ۴۰،۰۰۰ دانشجوی بورسیه خارجی در رشته های مختلف پزشکی از دانشگاه های کوبا فارغ التحصیل شده اند. این رقم در دهه ۱۹۸۰ قبل از سقوط اتحاد جماهیر شوروی به اوج خود

رسید. دانشکده پزشکی آمریکای لاتین^۱ به طور خاص در سال ۱۹۹۸ برای آموزش دانشجویان کشورهای فقیر آمریکای لاتین و آفریقا تاسیس شد. در ازای دریافت بورسیه تحصیلی کامل، این دانشجویان باید تمایل داشته باشند که به کشورهای خود بازگردند و حداقل به مدت ۵ سال در مناطق فقیر خدمات پزشکی ارائه دهند. (Feinsilver, 2006:87) فیدل کاسترو در سال ۱۹۸۴ اعلام نمود که کوبا ۱۰ هزار پزشک جدید را به طور خاص برای افزایش حجم کمک‌های پزشکی بین‌المللی آموزش می‌دهد. هیچ کشوری غیر از کوبا تا آن زمان طرحی برای اعزام پزشکان در این حد و اندازه نداشت و این خود سرمایه‌ای سمبولیک برای کشوری در حال توسعه محسوب می‌شد. (Feinsilver, 2006:86) ۳- علاوه بر اتخاذ گامهای فوق باید به فرصت‌هایی اشاره کرد که در بعد بین‌المللی برای کوبا فراهم شده بود و به خوبی توانست از آن نهایت بهره‌برداری را بنماید. این فرصت‌ها را می‌توان اینگونه برشمرد: الف) تعداد کم پزشکان برای تأمین نیازهای پزشکی کشورهای در حال توسعه بویژه آنهایی که به تازگی استقلال یافته و پزشکان بومی آنها مهاجرت به کشورهای توسعه یافته را اولویت آتی زندگی خود قرار داده بودند. ب) توزیع نامناسب پرسنل پزشکی در کشورهای دیگر از نظر موقعیت جغرافیایی و تخصص که باعث گردیده بود عملاً بخش‌هایی از این کشورها از دسترسی به پزشک متخصص محروم باشند و نارضایتی از عملکرد دولت را ایجاد نماید. ج) عدم تمایل پزشکان محلی برای کارکردن در مکان‌های محروم و فقیر و در مقابل تمایل پزشکان کوبایی برای ارائه خدمات با هزینه نسبتاً کم و با کیفیت مطلوب. (Feinsilver, 2008:276)

1- ELAM

آنچه از دیپلماسی سلامت کوبا پس از ۶۰ سال فعالیت در عرصه بین‌المللی حاصل شده است میراثی گرانبها از اعتبار پزشکی، ارائه خدمات بشردوستانه و امدادرسانی در بلایای طبیعی، ارائه خدمات پزشکی قابل قبول به شهروندان کشورهای میزبان، تلاش برای آموزش جوانان کشورهای در حال توسعه در رشته‌های پزشکی در کشورهای خودشان و یا آموزش رایگان آنها در هاوانا، کمک به راه اندازی سیستم مراقبت‌های بهداشتی و پیشگیرانه در کشورهای مقصد و انطباق سطح بهداشت کشورهای محروم با برنامه جامع بهداشت در کشور کوبا بوده است. کوبا در تجربیات متاخر خود حتی موفق گردیده تا بواسطه اعتبار کسب شده مشارکت فعالی در برنامه‌های سازمان بهداشت جهانی برای کشورهای آفریقایی و آمریکای لاتین داشته باشد. در ادامه اهداف و مزایای درپیش گرفتن دیپلماسی سلامت از سوی کوبا برشمرده خواهد شد.

انترناسیونالیسم پزشکی

از دهه ۱۹۷۰ به بعد مقامات کوبا در اقدامی که آن را «انترناسیونالیسم پزشکی»^۱ می‌خوانند مشارکت جسته‌اند. حرکتی که قرار است زمینه‌های کاهش فقر، برقراری عدالت اجتماعی و کاهش تبعیض‌ها را به همراه داشته باشد. مدلی که کاسترو برای این کار اولین بار در سال ۱۹۷۴ پیشنهاد کرد و به الگویی برای دیگر کشورها تبدیل شده است راه اندازی پلی کلینک‌های عمومی بود. پزشکان کوبایی قبل از سرنگونی رژیم باتیستا در سال ۱۹۵۹ به خوبی آموزش دیده و در جامعه مورد احترام بودند، اما مشکل بزرگ این بود که خدمات و امکانات بهداشتی در شهرها متمرکز بود. پایتخت کشور تقریباً نیمی از پزشکان کوبا را در خود جای داده بود و بیش از نیمی از تخت‌های بیمارستانی، در شهرها بود. اختلاف بین بهداشت روستایی و شهری فاحش بود. کوبا فقط یک بیمارستان روستایی داشت و مرگ و میر نوزادان در روستاها در هر

^۱ - Medical Internationalism

۱۰۰۰ تولد ۱۰۰ نوزاد بود. دولت جدید برای جبران خسارت و اجرای تعهد خود در خصوص فقرزدایی روستایی و بی سوادی، اصلاحات ارضی ۱۹۵۹ را اجرا کرد و به ۱۵۰۰۰۰ رعیت، زمین داد. همچنین سازمان آموزشی، علمی و فرهنگی ملل متحد با ستایش از سواد آموزی در این کشور، حدود ۲۰۰۰۰۰ داوطلب جوان را در سراسر کوبا بسیج کرد تا به حدود ۷۰۰۰۰۰ نفر خواندن و خواندن را آموزش دهند. (Keck & Reed, 2012: 14-15)

در ۵۰ سال گذشته پزشکان کوبایی در بیش از ۱۰۰ کشور جهان مشغول فعالیت بوده‌اند؛ حتی در کشورهایی که کوبا با آنها روابط رسمی ندارد و یا روابط با آنها تیره است. طبق آمار رسمی، این پزشکان به اجرای برنامه‌های جامع بهداشتی در بیش از ۴۰ کشور (از جمله ۲۳ کشور در آفریقای جنوبی، ۲ کشور در خاورمیانه و شمال آفریقا، ۷ کشور در کارائیب، ۵ کشور در آمریکای لاتین، ۶ کشور در آسیا و ۱ کشور در اروپا) کمک کرده‌اند. پزشکان کوبایی به جای اینکه خدمات خود را در وزارتخانه‌های بهداشت یا سایر نهادهای دولتی ارائه دهند، در فقیرترین شهرها و روستاهای کشور مقصد مشغول به کار شده‌اند. همزمان کوبا میزبان دانشجویانی از کشورهای جنوب صحرای آفریقا، هائیتی و آمریکای مرکزی بوده و به آنها آموزش پزشکی رایگان داده است. در زمره موضوعاتی که کوبا در سطح بین‌المللی بیشترین فعالیت را در آنها داشته است می‌توان به تقویت سیستم‌های بهداشتی با تمرکز بر مراقبت‌های اولیه؛ ریشه‌کن‌سازی مالاریا؛ توسعه منابع انسانی برای سلامتی و آمادگی و واکنش در برابر بلایا اشاره کرد. در همین رابطه سخنرانی وزیر امور خارجه کوبا، برونو رودریگز پاریللا^۱ در سال ۲۰۱۴ در سازمان ملل را بیانگر رویکرد استراتژیک دولت کوبا در تعهد به همبستگی این کشور با دیگر ملت‌ها باید تلقی کرد: «کوبا تصمیم گرفته است همکاری

^۱ - Bruno Rodriguez Parrilla

پزشکی خود را در تمام ۳۲ کشور آفریقا [تحت تأثیر ابولا] که بیش از ۴۰۰۰ متخصص کوبایی در آن هستند، حفظ کند. پرسنل پزشکی و پیراپزشکی ما این کار را به صورت داوطلبانه انجام خواهند داد.» (Parrilla, 2014)

منافع اقتصادی

یکی از نیازهای اصلی هاوانا که همواره اقتصاد این کشور را تحت فشار قرار داده است انرژی و نفت بوده است. از سال ۲۰۰۵ کوبا برنامه ای را با مشارکت ونزوئلا آغاز نمود که بر اساس آن در ازای ارائه خدمات مراقبت های اولیه ۳۰۰۰۰ پزشک به ونزوئلائی ها، ایجاد ۶۰۰ کلینیک جامع بهداشت، ۶۰۰ مرکز توان بخشی و فیزیوتراپی و ۳۵ مرکز تشخیص پیشرفته و همچنین اجرای ۱۰۰ هزار عمل جراحی چشم برای بیماران ونزوئلائی؛ این کشور روزانه ۹۰ هزار بشکه نفت با قیمت پایین ۲۵ دلار در هر بشکه دریافت نماید. کوبا در حالی به نفت ارزان و مقرون به صرفه ونزوئلا دسترسی پیدا می کرد که اگر قرار بود این نفت را از بازارهای جهانی خریداری نماید به ازای هر بشکه در ۲۲ آوریل سال ۲۰۱۱ مبلغ ۱۱۲ دلار باید پرداخت می نمود. این معامله ای بود که از چند جهت برای دو طرف سودمند بود اولاً؛ کاسترو و هوگوچاوز با این اقدام به نوعی همبستگی دو ملت در مبارزه علیه امپریالیسم آمریکا که فشارهای اقتصادی بر هر دو کشور وارد نموده بود را به نمایش می گذاشتند. دوم اینکه؛ هر دو طرف از مزایای این همکاری برخوردار می شدند. سوم اینکه؛ برای خود دوستان و متحدان جدیدی در آمریکای لاتین و آفریقا می یافتند. در سالهای اخیر این برنامه گسترش یافته است، کوبا قول داده است که در ازای افزایش کمک های ونزوئلا پزشکان بیشتری را از سراسر جهان آموزش دهد. همچنین کوبا در قالب طرح «معجزه عمل^۱» که در آن دولت ونزوئلا بودجه پزشکان کوبایی را برای

¹ - Operation Miracle

انجام کارهای جراحی چشم در کشورهای ثالث تأمین می‌کند، در دهه گذشته بیش از ۶۰۰۰۰۰ عمل جراحی انجام داده است.

همچنین اعزام متخصصین بهداشتی به خارج از کشور، به کوبا کمک کرده است تا راههای جدیدی برای کسب درآمد پیدا نماید. در سال ۲۰۰۶، درآمد حاصل از صادرات خدمات حرفه‌ای ۲۸ درصد از درآمد صادرات کوبا، یا حدود ۲/۳ میلیارد دلار را تشکیل می‌داد. در سال ۲۰۰۸، این رقم به ۶۹ درصد درآمد حاصل از صادرات رسید، و بیشتر خدمات صادراتی در زمینه پزشکی بود. (Feinsilver, 2006:86) اطلاعات رسمی کوبا نشان می‌دهد درآمد حاصل از صادرات محصولات پزشکی (داروها و تجهیزات) در سال ۲۰۰۴ زیر ۱۰۰ میلیون دلار بوده است، اما گزارش‌های مطبوعاتی حاکی از رقم ۳۰۰ میلیون دلار برای این نوع محصولات است. همچنین کوبا محصولات بیوتکنولوژی پزشکی خود را به ۴۰ کشور صادر می‌کند، با اینحال اطلاعات میزان فروش و مبلغ آنها در دسترس نیست. تولید مجاز داروهای کوبایی در سایر کشورها و سرمایه‌گذاری مشترک در خارج از کشور برای تولید دارو دو منبع دیگر درآمد کوبا در بحث پزشکی محسوب می‌گردد که باز اطلاعات دقیقی درباره آن وجود ندارد. (Feinsilver, 2006:89)

مزایای سیاسی داخلی و بین‌المللی

گذشته از کسب درآمد اقتصادی، اعزام پزشک به خارج از کشور به پرسنل پزشکی کوبا و دولت این کشور کمک نموده تا دانش قابل توجهی درباره برنامه‌ها، نیازها و چالش‌های بهداشتی در سایر کشورها به دست آورد و متناسب با این نیازها بتواند برنامه‌های دیپلماسی سلامت خود را تنظیم نماید. سیاست کوبا برای اعزام پزشکان به خارج از کشور همچنین به متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، که ممکن است از کمبود منابع و فرصت‌های موجود در

کوبا ناامید شده باشند، اجازه می دهد تا به خارج از کشور سفر کنند و منابع درآمد جدیدی پیدا نمایند. بنابراین با اعزام این پزشکان تنش های اجتماعی ناشی از بیکاری بویژه در میان قشر جوان تحصیل کرده کاهش پیدا می کند. بویژه اینکه این پزشکان می توانند در خارج درآمدهای بیشتری به نسبت آنچه در کشور خود به دست می آورند تحصیل نمایند. همچنین مأموریت های پزشکی به کوبا کمک می نماید تا یارگیری های سیاسی جدیدی در عرصه بین المللی انجام دهد و در مقاطع حساس مانند رای گیری در سازمان ملل یا سازمان های منطقه ای بتواند از آنها سود جوید. کسب رای لازم برای عضویت در شورای حقوق بشر سازمان ملل و یا مخالفت با قطعنامه های ضد کوبا در مجمع عمومی سازمان ملل نمونه هایی از بهره های سیاسی هاوانا در مجامع بین المللی بوده است. به عنوان مثال در سال ۲۰۰۵ تنها اسرائیل، جزایر مارشال و پالائو از قطعنامه پیشنهادی آمریکا در مجمع عمومی سازمان ملل علیه کوبا حمایت کردند. این چهاردهمین قطعنامه ای بود که آمریکا علیه کوبا به مجمع می فرستاد و رد می شد. این اتفاق در سال های بعد نیز تکرار شد تا جائیکه به یک شرمساری برای دیپلماسی آمریکا تبدیل گردید و تمامی قطعنامه ها با اکثریت قاطع رد شدند. (Milne, 2014) این امر نشان از آن داشت که به جای منزوی شدن کوبا این آمریکا بود که در حال منزوی شدن بود. کوبا همچنین یکی از اعضای مهم و برجسته جنبش عدم تعهد است و تاکنون چندین دوره موفق شده است تا میزبان این جنبش باشد و رهبری آن را در دست بگیرد. امضای توافق نامه تعرفه های ترجیحی با بازار مشترک کشورهای آمریکای جنوبی^۱ در سال ۲۰۰۶ و در آستانه دور جدید تحریم های آمریکا علیه کوبا دستاورد دیگر سیاسی دیپلماسی سلامت برای کوبا محسوب می گردد.

¹- Southern Common Market (MERCOSUR)

هاوانا همچنین به دنبال این بوده است که با امضای موافقت‌نامه‌های دوجانبه، آموزش‌ها و کمک‌های پزشکی به دیگر کشورها راهی برای دست‌یابی به مدیریت برنامه‌های سازمان بهداشت جهانی یا سازمان بهداشت پان‌آمریکایی^۱ بیابد. تجربه حضور کوبایی‌ها در مدیریت این سازمان‌ها نشان‌دهنده است که برنامه‌های این دو سازمان سمت و سوی مراقبت‌های اولیه بهداشتی و سیستم‌های بهداشتی پیدا کرده است و با توجه به اینکه جامعه هدف این سازمانها کشورهای فقیر و کم‌درآمد در آمریکای لاتین و آفریقا بوده است راه برای پزشکان و متخصصان کوبایی برای مشارکت در این برنامه‌ها باز شده است؛ بویژه اینکه اغلب پزشکان کوبایی با هزینه کم و ارائه خدمات عالی در کشورهای دیگر حاضر به کار می‌شوند. ترغیب فرانسوی‌ها و ژاپنی‌ها برای استفاده از پزشکان کوبایی در هائیتی یا کمک‌های مالی آفریقای جنوبی به کوبا برای ارائه خدمات درمانی و بهداشتی به مردمان روآندا و مالی شاهدی بر این موضوع است. (Bliss, 2017: 10)

از زمان شروع بیماری کرونا در جهان، کوبا موافقت خود برای اعزام تیم‌های مراقبت پزشکی به ۱۷ کشور را اعلام کرده است. هاوانا تلاش کرده است تا این دست‌اقدامات خود را در قالب «انگیزه‌های اخلاقی»^۲ جای دهد. برای این رفتار کوبا نمونه‌های قابل توجه بسیاری می‌توان ذکر کرد از واکنش این کشور به زلزله سال ۱۹۶۰ در شیلی تا حادثه انفجار چرنوبیل در سال ۱۹۸۶ در اتحاد جماهیر شوروی، از سونامی ۲۰۰۴ اندونزی تا مبارزه با ابولا در سال ۲۰۱۴ در کشورهای آفریقای غربی. پاسخ‌های کوبا و ایالات متحده به زلزله ۲۰۱۰ در هائیتی و جمهوری دومینکن، رویکردهای متمایز دو کشور در مورد بحران‌های بهداشت جهانی را به خوبی نشان می‌دهد. درحالی‌که کوبا بیش از ۵۰۰ پزشک هائیتی را به صورت رایگان آموزش

1- Pan American Health Organization (PAHO)

2- Moral Incentive

داد، بیش از ۶۰۰۰ پزشک خود را برای کار در این کشور فرستاد، تقریباً پانزده میلیون مشاوره پزشکی ارائه داد و به ۱۶۵۰۰۰ هائیتی سواد آموخت و اکنش آمریکا فقط به شکل کمک مالی بود. آژانس توسعه بین المللی ایالات متحده^۱ موافقت کرد که حدود ۵۰ میلیون دلار به دو کشور آسیب دیده کمک مالی بشردوستانه ارسال نماید. در حال حاضر کوبا بیش از ۲۸۰۰۰ پرسنل پزشکی را در ۶۰ کشور استخدام کرده و از این تلاشها برای استفاده از قدرت نرم در روابط خود با سایر کشورها سود می جوید. (Todd, 2020: 1) این شیوه راهی برای به دست آوردن دوستان و تأثیرگذاری بر مردم و تسخیر قلب و ذهن دریافت کنندگان کمک بوده است. دیپلماسی سلامت ابزاری برای کسب اعتبار، نفوذ و حسن نیت (سرمایه نمادین) و در نتیجه، سرمایه مادی شده و به کوبا کمک نموده تا در خارج از کشور از خود تصویر یک کشور توسعه یافته و پیشتاز به لحاظ فناوری و دانش بسازد. (Feinsilver, 2008: 275) اهمیت این مساله زمانی روشن می گردد که در نظر داشته باشیم این کشور برای سالیان سال در معرض تحریم و روابطی خصومت آمیز با آمریکا قرار داشته است.

دیپلماسی سلامت برزیل

کشور برزیل در آمریکای لاتین دیگر کشور موفق در حوزه دیپلماسی سلامت محسوب می شود. دیپلماسی سلامت از زمان ریاست جمهوری فرناندو هنریکه کاردوسو در خدمت شهرت و نفوذ دیپلماتیک این کشور قرار گرفت. تا زمان وی ابتکارات و موفقیت های بهداشتی به شکلی نامنظم و پراکنده در سطح بین الملل انعکاس پیدا می کرد و این کشور فرایندی از همکاری های نامنظم با سازمان های بین المللی را تجربه می کرد. تا پیش از کاردوسو دیپلماسی سلامت در بستر تلاش های دیپلماتیک سستی و به شکلی چندجانبه دنبال می شد و هنوز جایگاه واقعی خود را در

¹ - U.S. Agency for International Development (USAID)

سیاست خارجی این کشور نیافته بود. تا آن موقع کل دغدغه برزیل همانند دیگر کشورهای درحال توسعه دسترسی به دارو و تولید آن در داخل کشور بود. به عبارت دیگر نگاه دیپلماسی برزیل به بهداشت و سلامت بیشتر در قالب‌های بشردوستانه و مباحث مربوط به پیامدهای توافقنامه‌های مالکیت معنوی دارو و درمان جای می‌گرفت. در دوران ریاست جمهوری ایناسیو لولا داسیلوا، سیاست خارجی برزیل روند جدیدی در پیش گرفت که بر تعامل این کشور با بهداشت جهانی نیز تأثیر گذاشت. دیپلماسی تحت نظر لولا داسیلوا در بستر «ایجاد تنوع در مشارکت‌های جهانی»، با توجه بیشتر به همکاری جنوب و جنوب^۱ دنبال گردید. (Gayard, 2019:1) برای این منظور تلاش گردید تا هماهنگی بین بازیگران اصلی حوزه بهداشت این کشور یعنی وزارت بهداشت^۲ و بنیاد اوسالدو کروز (فیو کروز)^۳ تقویت شود. از سال ۲۰۰۵ تا سال ۲۰۱۵ این موسسات به تدریج چهارچوب مشترکی را برای همکاری‌های بهداشتی بین‌المللی چندجانبه فراهم کردند. در کنار این دو نهاد برزیل از نهادهای منطقه‌ای نیز برای پیشبرد برنامه دیپلماسی سلامت خود سود جست. سازمان بهداشت پان‌آمریکن^۴ یکی از این نهادها بود که با درپیش گرفتن دو برنامه همکاری (با هدف تقویت ظرفیت‌های برزیل برای یک تعامل بین‌المللی با محوریت بهداشت) نقش مهمی در دیپلماسی سلامت برزیل ایفا کرد. این همکاری‌های نهادی گسترده چهارچوب دیپلماسی سلامت این کشور را برای دهه‌های بعد شکل دادند. (Gayard, 2019:2) آنچه که شاکله دیپلماسی سلامت برزیل را در سطح جهانی ترسیم کرد در محورهای زیر می‌توان مورد اشاره قرار داد:

1 - South-South Cooperation (SSC)

2 - the Ministry of Health (MoH)

3 - the Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz)

4 - Pan-American Health Organization (PAHO)

موفقیت های برزیل در مبارزه با ایدز

تا دهه ۱۹۸۰ برزیل به عنوان کشوری شناخته می شد که بیشترین میزان ابتلا به ایدز را در آمریکای لاتین داشت. دغدغه های جدی در برزیل درخصوص به خطر افتادن نام و آوازه این کشور در جهان به خاطر مساله شیوع ایدز در آن و نیز انتقاداتی که به واسطه کم کاری ها متوجه دولت بود باعث گردید تا رویکردهای جدیدی از سوی این کشور در مبارزه با ایدز درپیش گرفته شود. رویکردهایی که اصلاح طلبانه بود و می کوشید این پیام را به جهانیان ارسال کند که این کشور از ظرفیت لازم برای پاسخگویی به مشکلات بهداشتی که با آن دست و پنجه نرم می کند؛ برخوردار است. آنچه که انگیزه مضاعفی را برای برزیل جهت دنبال نمودن این رویکرد اصلاح طلبانه ایجاد می کرد علاقه این کشور به قرار گرفتن در زمره کشورهای صنعتی بود. مقامات برزیل می خواستند به جهان نشان دهند که برزیل از توانمندی نهادی و فنی لازم برای مهار شیوع ایدز، تامین دارو به عنوان یک حق شهروندی، حفظ سنت همکاری با نهادهای بین المللی و پیوستن به جرگه دولت های صنعتی برخوردار است. آنها برای این کار متوسل به بانک جهانی و دریافت وام از این نهاد مالی شدند. پس از تامین بودجه اولیه مبارزه با ایدز؛ مقامات برزیل قدم در راه اصلاحات نهادند. محور برنامه های پزشکی برزیل بر تمرکززدایی از اقدامات دولتی در مبارزه با ایدز و تمرکز بر گروههای در معرض خطر از طریق کمک مالی به شهرداری ها و نظارت بر بودجه اختصاص یافته و نیز اعتماد و همکاری با سازمان های غیردولتی استوار بود. در اوایل دهه ۱۹۹۰ این کشور موفقیت هایی در سیاست پیشگیری و درمان کسب کرد. برزیل موفق گردید در این راه از کمک های مالی نهادهای خیریه بین المللی و سازمان بهداشت جهانی نیز بهره مند گردد. این موفقیت ها به برزیل کمک کرد تا درحالیکه همزمان با آمریکا واکنش به ایدز را شروع کرده بود نتایج بهتری کسب

نماید. (Gomez, 2010: 529-530) این درحالی بود که تا پیش از آن بدلیل عدم وجود فشارهای بین‌المللی بر برزیل برای پاسخگویی، فقدان شواهد کافی مبنی بر اپیدمی شدن ایدز در این کشور و وجود چالش پاسخ همزمان به بیمارهای متعدد، مقامات برزیل هنوز متقاعد نشده بودند که ایدز یک تهدید جدی است و به صداهایی که از سوی فعالین جامعه مدنی در دهه ۱۹۸۰ شنیده می‌شد توجهی نمی‌کردند. (Parker, 2009)

دولتی که حاضر نبود در دوره ریاست جمهوری فرناندو کولر دی ملو^۱ (۱۹۹۰-۱۹۹۲) اطلاعاتی درباره میزان شیوع ایدز در جامعه منتشر کند، از پاسخگویی لازم برای برنامه‌هایش در مبارزه با ایدز برخوردار نبود، همکاری‌اش با جامعه بین‌الملل را متوقف کرد و حتی بودجه کافی در این راه اختصاص نمی‌داد رویکرد خود را در دوره ریاست جمهوری فرناندو کاردوسو عوض کرد و وزارت بهداشت آن شروع به اطلاع‌رسانی و بالابردن آگاهی‌های جامعه درخصوص بیماری ایدز نمود. کاردوسو اعلام کرد که ایدز را فرصتی برای افزایش شهرت برزیل به عنوان دولتی توانمند در ریشه‌کن کردن ایدز می‌بیند. او گفت بدنبال این است که به جهان نشان دهد برزیل ظرفیت لازم برای کنترل ایدز را دارد. بنابراین شهرت برزیل به عنوان یک دولت مدرن را افزایش داد. او ضمن حفظ سنت همکاری با دیگر کشورها در مهار شیوع ایدز، تعهد کشورش بر تداوم سیاست پیشگیری و درمان را ابراز داشت. این سیاست‌های اعلامی باعث گردید تا بانک جهانی که تا پیش از آن به دلیل بی‌ثباتی سیاسی برزیل و فساد اداری این کشور حاضر به دادن وام به آن نبود پس از سه سال درخواست ریاست جمهوری جدید این کشور را برآورده نماید. بانک جهانی در مرحله اول ۱۶۰ میلیون دلار، در

^۱ - Fernando Collor de Mello's

مرحله دوم ۱۶۵ میلیون دلار (۱۹۹۸) و در مرحله سوم ۱۰۰ میلیون دلار (۲۰۰۳) در اختیار برزیل قرار داد. (Ainsworth, 2004)

در نهایت عزم دولت در کنترل و مبارزه با ایدز، فشارهای سازمان های غیردولتی و برنامه جهانی مبارزه با ایدز در جهان بر دولت برزیل، موجب افزایش تعهد این کشور در امر مبارزه با ایدز گردید. (Rich, 2009) موفقیت های کسب شده در مبارزه با ایدز، توجه جهانی به موفقیت های این کشور و نیز دریافت لوح های تقدیر از سازمان های بشردوستانه همچون بنیاد بیل و ملیندا گیتس^۱ و سازمان بهداشت جهانی انگیزه های دولت برزیل را دوچندان ساخت. در نتیجه رئیس جمهور بعدی این کشور ایناسیو لولا داسیلوا^۲ تعهد دولت برای تامین هزینه های برنامه مبارزه با ایدز را بیشتر ساخت. این اقدامات احترام و توجه بیشتر بین المللی به برزیل را به دنبال آورد. داسیلوا کوشید از این فرصت ایجاد شده برای همکاری بیشتر با سازمان بهداشت جهانی سود جوید و این کشور را به نمونه ای برای دیگر کشورها تبدیل سازد. (Gomez, 2009) درحقیقت هرچقدر جامعه جهانی عزم دولت برزیل در مبارزه با ایدز را جدی تر می یافت کمک های خیریه بیشتری در اختیار این دولت قرار می داد.

ایفای نقش فعال در کنوانسیون کنترل دخانیات

اگرچه رشد اقتصادی برزیل در صعود تدریجی این کشور در سطح بین المللی غیرقابل چشم پوشی است اما نباید نقش سیاست خارجی این کشور در این موفقیت را فراموش نمود. نقش آفرینی های برجسته دیپلماتیک در مذاکرات مربوط به رسیدگی به موضوعات کلیدی جهانی مانند تغییرات اقلیمی، منع گسترش سلاح های هسته ای، آزادسازی تجارت و تنظیم

¹ - Bill & Melinda Gates foundation

² - Ina'cio 'Lula' da Silva

چهارچوب نهایی کنوانسیون کنترل دخانیات^۱ در کسب این موفقیت‌ها بسیار اثربخش بودند. (Lee & Gómez, 2015) کنوانسیون کنترل دخانیات که در سال ۲۰۰۳ نهایی شد حاصل پنج سال تلاش مداوم، مذاکرات بین‌المللی فشرده و دقیق، کارزارهای جهانی درباره بهداشت عمومی و تهیه و تنظیم پیشنویس‌های متعدد و بازنگری در آنها بود. در سرتاسر این مسیر سخت و طولانی برزیل همراه و همگام جامعه جهانی بود و نقش رهبری در مذاکرات بین‌المللی را ایفا می‌کرد. (Lee, 2009) این کنوانسیون در تداوم ابتکارعمل سازمان بهداشت جهانی درخصوص جهان‌عاری از دخانیات^۲ پی‌گرفته شد. طرحی که هدفش حمایت از نسل‌کنونی و آینده بشر از پیامدهای مخرب بهداشتی، اجتماعی، محیط‌زیستی و اقتصادی مصرف دخانیات و قرارگرفتن در معرض دود تنباکو بود. طبق این پیمان دولت‌ها متعهد می‌گردیدند تا مجموعه گسترده‌ای از اقدامات را در دستور کار خود قرار دهند. حداقل کار ممکن این بود که دولت‌ها باید کمک نمایند تا جلوی مرگ ۵ میلیون انسان به خاطر مرگ و میر ناشی از مصرف دخانیات را بگیرند. (Blouin & Dubé, 2010: 244-245)

ورا لوئیس داکوستا سیلوا^۳، پزشک برزیلی و هماهنگ‌کننده سابق برنامه ملی کنترل دخانیات برزیل، فردی بود که عهده‌دار پیگیری ابتکار جهان‌عاری از دخانیات سازمان بهداشت جهانی گردید. همچنین سازمان بهداشت جهانی سلسو نونس آموریم^۴، نماینده دائمی برزیل در سازمان ملل و سایر سازمان‌های بین‌المللی، را به عنوان رئیس هیئت مذاکرات بین‌دولتی در این خصوص منصوب کرد. آموریم در مجامع بین‌المللی به عنوان دیپلماتی باتجربه و کارکشته شناخته می‌شد. نقش آفرینی او در جریان مذاکرات سازمان ملل درخصوص خلع

1 - Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)

2 - the Tobacco Free Initiative (TFI)

3 - Vera Luiza da Costa e Silva

4 - Celso Nunes Amorim

سلاح، تجارت و امنیت از او چهره ای بین المللی و دیپلماتی ماهر ساخته بود. پس از او نیز دیپلمات برزیلی دیگری به نام لوئیز فیلیپ دسیکساس کورئا^۱ مقام نمایندگی سازمان ملل در مذاکرات دولتی را در سال ۲۰۰۲ کسب کرد. در کنار هم قرار گرفتن این مجموعه در یک دوره طولانی از مذاکرات بین المللی و در فضایی نامساعد باعث گردید تا اعتبار برزیل افزایش پیدا نماید. به این موفقیت ها باید طرحها و برنامه هایی که خود برزیل در امر مبارزه و کنترل دخانیات در پیش گرفته بود را نیز اضافه کرد. برزیل یکی از بزرگترین تولیدکنندگان و صادرکنندگان تنباکوی جهان شناخته می شود. (World Bank Group, 2019) اینکه این کشور پذیرفته بود تا نقش رهبری مبارزات کنترل دخانیات در جهان را برعهده بگیرد حاوی پیام مهمی برای جهان بود و رهبران جهان حق داشتند تا این تلاش ها را با مشروعیت بخشیدن به رهبری آن در طول مذاکرات بین المللی پاسخ گویند. بویژه اینکه برزیل در کنترل دخانیات از خود شفافیت و پاسخگویی بالایی نشان داده بود.

برزیل پیشتر نیز مشارکت بین المللی خود در برنامه های سازمان بهداشت جهانی را اثبات کرده بود. این کشور دومین کشوری بود که پس از کانادا اقدام به چاپ هشدارهایی در خصوص مصرف دخانیات بر روی بسته های سیگار کرد. اولین کشوری بود که به کارگیری اصطلاحاتی همچون «سبک^۲» و «ملایم^۳» در توصیف محصولات دخانیات را ممنوع اعلام کرد. اولین کشوری بود که در خصوص محتواهای نقش بسته بر روی بسته های دخانیات قوانین و مقرراتی را تنظیم کرد. همه اینها در شرایطی اتفاق می افتاد که این کشور از یک صنعت قوی دخانیات سود و بهره می برد. حمایت صریح و یکپارچه برزیل در داخل کشور خود از اهداف بهداشت جهانی

¹ - Luiz Felipe de Seixas Correa

² - Light

³ - Mild

سپس به سطوح منطقه‌ای گسترش پیدا کرد. دیپلمات‌ها کمک کردند تا ائتلاف‌های گسترده‌تری در سطح جهانی درباره آن شکل بگیرد. سازمان‌های غیردولتی بویژه سازمان‌های فعال در حوزه جامعه مدنی نیز به کمک آمدند تا مذاکرات مربوط به کنوانسیون کنترل دخانیات به خوبی پیش رود و تصویب و اجرا شود. (Lee & Gómez, 2015: 63-64) بدین ترتیب با تصویب قوانین داخلی و پیگیری تصویب کنوانسیون کنترل دخانیات، برزیل کارنامه‌ای درخشان در دیپلماسی سلامت از خود برجای گذاشت که نام و آوازه آن را جهانی کرد.

نقش برزیل در کمک‌های بهداشتی

کشورهای بسیاری را شاید بتوان سراغ گرفت که در برنامه‌های سازمان بهداشت جهانی برای اعطای کمک به کشورهای کمتر توسعه یافته مشارکت دارند اما کمتر اتفاق افتاده که نام آنها بر سر زبان‌ها افتاده باشد. برزیل از جمله کشورهایی است که کوشیده است از این فرصت برای ایجاد شهرت استفاده نماید. از زمان لولا داسیلوا برزیل نقش تازه‌ای در دیپلماسی سلامت برای خود تعریف نمود (Gomez, 2009a) و آن تبدیل کردن برزیل به کشور اهداکننده کمک‌ها و خدمات پزشکی بود. کشوری که در آغاز قرن بیستم به عنوان دریافت‌کننده کمک‌های خارجی و به عنوان آزمایشگاهی برای اجرا و پیاده‌سازی سیاست‌های سازمان بهداشت جهانی شناخته می‌شد به یکباره به کشوری ارائه‌دهنده ایده و بودجه برای سازمان بهداشت جهانی تبدیل گردید. در سال ۲۰۱۰ برزیل با اختصاص ۴ میلیارد دلار کمک پزشکی نام خود را در رده اهداکنندگان بزرگ جهانی جای داد. (Brazil's Foreign-Aid Programme, 2010) این کشور به صندوق بین‌المللی پول و صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا (سالانه حدود ۱۰ میلیارد دلار) به برنامه جهانی غذا (۳۰۰ میلیون دلار)، مأموریت حفظ صلح در هائیتی (۳۵۰ میلیون دلار) کمک نمود. علاوه بر این در برنامه کمک‌های بشردوستانه و کمک

به آژانس های توسعه چند جانبه نیز مشارکت دارد و به کشورهای در حال توسعه وام می دهد. اگر برآورد ۱ میلیارد دلار درست باشد، کمک های برزیل را می توان در سطح و اندازه هند و چین دانست. (Cabral, 2010: 1)

آرزوی رسیدن به کرسی دائم شورای امنیت سازمان ملل از یک سو و رقابت با چین و هند برای افزایش قدرت نرم و نفوذ خود در کشورهای در حال توسعه نقش مهمی در این تصمیم برزیل داشته است. اعطای این کمک ها با برعهده گرفتن نقش های جدید در سازمان بهداشت جهانی و همکاری با این سازمان همسو شده است. کمک های پزشکی دو جانبه برزیل بیش از آنکه جنبه مالی داشته باشد بیشتر بر مشاوره دادن، همکاری های علمی و فنی متمرکز شده است. برای مثال برنامه ملی ایدز برزیل که به طور خاص بر مبارزه با بیماری ایدز متمرکز است شامل اعزام تیم هایی از پزشکان و متخصصان آزمایشگاهی برای آموزش مسوولین موزامبیک، آنگولا و نیجریه است. (Gomez, 2009b) این اتفاق پس از آن افتاد که رئیس جمهور وقت موزامبیک، خواکیم چیسانو دیدار چهار روزه ای، در سال ۲۰۰۴ از برزیل انجام داد و در این دیدار لولاداسیلوا بر تعهد اخلاقی خود به قاره آفریقا تأکید کرد. دو کشور قول ساخت آزمایشگاه دارویی در موزامبیک را دادند که قصد تولید داروهای ضد ویروس را دارد. همچنین داسیلوا تلاش زیادی را برای اجرای اعلامیه ۲۰۰۱ دوحه سازمان تجارت جهانی^۱ انجام داد. برداشتی که به کشورها اجازه می دهد قوانین ثبت اختراع در مورد داروهای را که برای درمان بیماریهای تهدید کننده از جمله ایدز ضروری است دور بزنند. لولا به کمکهای فنی آنگولا در زمینه آگاهی از ایدز کمک کرد و برای گسترش تولید دارو در نیجریه تلاش کرد.

¹ - The 2001 Doha Declaration

لولاداسیلوا در برنامه‌های سیاسی خود تمرکزش را بر مستعمرات سابق پرتغال در آفریقا و کمک‌های مالی و فنی به سایر کشورها قرار داد. در همین راستا برنامه ملی ایدز برزیل از مقامات بهداشتی کشورهای آفریقایی برای سفر به برزیل دعوت کرده است تا ضمن آموزش و انتقال دانش به آنها، این افراد را با ظرفیت‌های پزشکی و دارویی برزیل آشنا سازد. همچنین برزیل در نهادهای بین‌المللی از سیاست‌های اتخاذ شده در حوزه‌های مختلف بهداشتی حمایت و پشتیبانی سیاسی نموده و پیوسته آمادگی خود را برای انتقال تجربیات بویژه در حوزه مبارزه با ایدز اعلام کرده است. برزیل پیوسته از خط مشی سازمان بهداشت جهانی در خصوص دسترسی آسان به داروهای ضد ویروس حمایت کرده و بر پیگیری این سیاست از سوی رهبران کشورهای آفریقایی به عنوان یک تعهد تاکید کرده است. خود برزیل در سال ۱۹۹۶ این برنامه را با موفقیت در کشورش اجرا کرد. این برنامه کمپین‌های پیشگیری خلاقانه^۱ را با هدف تمرکز بر زنان روسپی، مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر و جامعه همجنس‌گرایان اجرا کرد و از سوی مجامع بین‌المللی مورد تشویق قرار گرفت. برزیلی که تصور می‌شد تا پایان قرن رقم مبتلایان به ایدز آن از ۱۲۰۰۰۰۰ نفر فراتر رود به لطف این برنامه خلاقانه در دوره لولاداسیلوا قادر به مهار پیشرفت بیماری شد. (Gómez, 2009a)

در همین راستا این کشور تبدیل به یکی از کشورهای اهداکننده این داروها شده است. این فعالیت‌ها موجب گردید تا برزیل خیلی آسان وارد تعامل با نهادهای چندجانبه همچون بنیاد جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا، برنامه عمران ملل متحد، برنامه جهانی غذا شود. در کل این اقدامات و تلاش‌ها به اهرمی برای افزایش قدرت نرم و نفوذ این کشور تبدیل شده است. (Lee & Gómez, 2011: 64) فوکروز در دو نوبت در برنامه سازمان بهداشت جهانی برای

^۱ - Innovative Prevention Campaigns

صادرات واکسن شرکت کرد؛ نخستین مشارکت آن در سال ۲۰۰۷ برای تأمین واکسن منژیت بود. در نوبت دوم در سال ۲۰۱۰، میلیون ها واکسن تب زرد را با مساعدت یونیسف به آفریقا و آمریکای لاتین صادر کرد. فیوکروز با استفاده از ظرفیت تولیدی خود- تولید داروهای ضدویروس و واکسن- و مشارکت در تأمین تجهیزات بهداشتی همراهی خوبی با سازمان بهداشت جهانی نشان داد. به همین ترتیب، آزمایشگاه های دولتی برزیل به عنوان تأمین کننده های بالقوه وسایل بهداشتی در امر کمک های بین المللی پویایی فعالی از خود به نمایش گذاشتند. (Gayard, 2019:12)

نتیجه گیری

بر اساس شواهد ارائه شده فوق الذکر دو کشور برزیل و کوبا توانسته اند به مدد دیپلماسی سلامت، جایگاه خود را در عرصه بین المللی به عنوان کشورهایی فعال در حوزه سلامت تثبیت نمایند و به یکی از همکاران اصلی سازمان بهداشت جهانی تبدیل گردند. برنامه های حوزه بهداشت و دیپلماسی سلامت موجب گردیده نام برزیل که تا دو دهه پیش جزء کشورهای بدهکار آمریکای لاتین و بدنام در تعداد بیماران مبتلا به ایدز بود از این لیست خارج و در زمره دولت های توسعه یافته و صنعتی قرار گیرد. به نحوی که این کشور یکی از گزینه های جدی برای کسب کرسی دائم شورای امنیت سازمان ملل در آینده است و دیپلمات های این کشور موفق گردیده اند به کرسی های مدیریتی سازمان های بین المللی بویژه سازمان بهداشت جهانی دست پیدا کنند.

کوبا دیگر کشور آمریکای لاتین هم توانسته به مدد همین دیپلماسی علاوه بر ناکام گذاشتن تحریم های آمریکا علیه خود از حوزه صادرات تجهیزات، داروها و خدمات پزشکی درآمدزایی داشته باشد. تجربیات موفق این دو دولت می تواند حاوی تجربه هایی برای ایران

جهت اصلاح برنامه‌های بلندمدت خود و توجه بیشتر به دیپلماسی سلامت باشد. آنچه به صورت مشخص درباره دیپلماسی سلامت کوبا می‌توان گفت این است که این کشور بر طیف متنوعی از اقدامات بهداشتی-پزشکی تمرکز کرده است که می‌تواند از سوی ایران نیز تکرار گردد. این اقدامات عبارتند از: از صادرات دارو و تجهیزات پزشکی، اعزام پزشک به کشورهای مختلف، اعطای بورسیه‌های تحصیلی، آموزش پزشکان در دیگر کشورها، میزبانی کنفرانس‌های بین‌المللی، چاپ مقالات پزشکی در مجلات متنوع به زبان انگلیسی، ارائه خدمات بشردوستانه و امدادسانی در بلایای طبیعی، ارائه خدمات پزشکی قابل قبول به شهروندان سایر کشورها، تلاش برای آموزش جوانان کشورهای درحال توسعه در رشته‌های پزشکی در کشورهای خودشان، کمک به راه اندازی سیستم مراقبت‌های بهداشتی و پیشگیرانه در کشورهای مقصد و انطباق سطح بهداشت کشورهای محروم با برنامه جامع بهداشت جهانی. ایران بخشی از اقدامات فوق از جمله اعطای بورسیه‌های تحصیلی به دانشجویان افغانستانی، سوریه‌ای، عراقی و غیره و یا ارائه خدمات بشردوستانه به کشورهای درگیر در بحران در منطقه را قبلاً ارائه داده و در حال حاضر نیز ارائه می‌دهد. مشکلی که در اینخصوص وجود دارد این است که برعکس کشور کوبا این دست اقدامات هدفمند و منسجم دنبال نمی‌گردد. به عنوان مثال یکی از شرط‌های کوبا برای دانشجویان بورسیه در رشته‌های پزشکی خدمت در مناطق محروم کشور خود پس از فارغ‌التحصیلی است. شرطی که در اعطای بورسیه‌های ایران وجود ندارد. لذا هیچ تصویرسازی مثبتی از اقدامات ایران در شهروندان آن کشورها ایجاد نمی‌گردد و احساس نمی‌کنند این خدمات را به واسطه آموزش‌های رایگان ایران به این پزشکان به دست آورده‌اند. نداشتن زیرساخت لازم برای گسترده‌تر کردن این خدمات آموزشی و یا محدود شدن آن صرفاً به داخل ایران و نه در کشورهای مقصد از دیگر ضعف‌های برنامه‌های

ایران محسوب می‌گردد. به نظر می‌رسد فارغ از مشکلات زیرساختی ایران در بحث پزشکی فقدان ارتباط منسجم بین وزارتخانه‌های بهداشت و علوم پزشکی و وزارت امور خارجه از دیگر نقاط ضعف ایران برای داشتن یک دیپلماسی سلامت کارآمد محسوب می‌گردد. نقطه ضعفی که در کوبا به هیچ وجه دیده نمی‌شود. در آنجا نوعی پیوند متقابل بین بهداشت و سیاست خارجی شکل گرفته است. پزشکان در دستگاه دیپلماسی و در قالب رایزن در سفارت خانه‌های این کشور در دیگر دولتها حضور دارند و زمینه‌های همکاری را شناسایی می‌نمایند. همچنین تجربیات برزیل نشان دهنده این است که دیپلماسی بهداشت ایران تاکنون موفق نگردیده مشابه برزیل از این دستاورد خود برای ایجاد قدرت نرم و ارتقای جایگاه بین‌المللی ایران استفاده نماید. به عنوان مثال در حالیکه برزیل از دیپلماسی سلامت خود برای رسیدن به وجهه و شهرت بین‌المللی بهره گرفته است اقدامات ایران یا انعکاس رسانه‌ای مناسب را پیدا نکرده است و یا در قالب برنامه‌های سازمان بهداشت جهانی دنبال و ثبت نگردیده است. ایران نتوانسته مشابه برزیل دیپلمات‌هایی کارگشته و موفق برای فعالیت در سازمان بهداشت جهانی و در دست گرفتن پست‌های مدیریتی این سازمان تربیت نماید. این مساله قدرت بازیگری ایران در سازمان بهداشت جهانی را کم کرده است. همچنین سطح رایزنی‌ها و همکاری‌های ایران با سازمان بهداشت جهانی عموماً در حد متوسط و متوسط رو به پایین باقی مانده است. حال آنکه فرصت‌های بسیاری برای برجسته شدن اقدامات ایران وجود دارد. نمونه بارز این مساله را در سه مورد می‌توان سراغ گرفت: نخست در نقش آفرینی ایران برای مقابله با قاچاق مواد مخدر و آسیب‌های روحی، روانی و جسمی آن برای مصرف‌کنندگان و خانواده‌های آنها؛ دوم در کمک‌های مالی بلاعوض، خدمات بهداشتی، تجهیزات پزشکی و داروی‌های اعطایی ایران به کشورهای درگیر بحران در منطقه (یمن، سوریه و افغانستان) و سوم؛ سابقه طولانی مدت ارائه

خدمات بهداشتی-درمانی ایران به مهاجرین افغان، زائرین عتبات عالیات در مراسم اربعین و.... برای روشن تر شدن مطلب اهداف، انگیزه‌ها، عامل موفقیت و ابزارهای دو کشور برزیل و کوبا به صورت مختصر در جدول زیر نمایش داده می‌شود.

مقایسه دیپلماسی بهداشت کوبا و برزیل

دولت	انگیزه‌ها	اهداف	عامل موفقیت	ابزارها
کوبا	<ol style="list-style-type: none"> ۱. همبستگی با ملل حامی انقلاب آنها ۲. پایان دادن به انزوای سیاسی - اقتصادی کوبا ۳. راهی برای صدور انقلاب خود ۴. شیوه‌ای برای پیگیری مبارزات ایدئولوژیک علیه استعمار، استثمار و اقدامات ضد امپریالیستی ۵. کسب منفعت اقتصادی ۶. انگیزه‌های اخلاقی 	<ol style="list-style-type: none"> ۱. انترناسیونالیسم پزشکی ۲. منافع اقتصادی ۳. مزایای سیاسی داخلی (کاهش بیکاری، درآمدزایی و پیشگیری از تنش‌های اجتماعی) ۴. مزایای بین‌المللی (یارگیری سیاسی، دور زدن تحریم‌ها، مشارکت در برنامه‌های سازمان بهداشت جهانی) ۵. تصویرسازی به عنوان یک کشور پیشتاز در عرصه دانش و فناوری 	<ol style="list-style-type: none"> ۱. داشتن اراده و چشم انداز سیاسی روشن ۲. سنجش خود با کشور های توسعه یافته و نه هم‌تابان منطقه‌ای در بحث بهداشت ۳. ایجاد یک سیستم بهداشتی درمانی جهانی و رایگان ۴. آموزش بیش از نیاز پرسنل پزشکی ۵. بالا بردن شاخص خدمات بهداشتی در داخل کشور ۶. همکاری با سازمان بهداشت جهانی 	<ol style="list-style-type: none"> ۱. میزبانی کنفرانس‌های بین‌المللی پزشکی و تبادلات علمی ۲. راه‌اندازی مجلات مختلف پزشکی ۳. آموزش و تربیت پزشکان در دیگر کشورها ۴. اعطای بورس‌های تحصیلی به دانشجویان خارجی ۵. بهره‌گیری از نیازهای بهداشتی کشورهای دیگر و فرصت‌های بین‌المللی ۶. ارائه خدمات بشردوستانه و امدادسانی در بلایای طبیعی ۷. صادرات تجهیزات و داروهای پزشکی ۸. ارائه خدمات پزشکی در خاک دیگر کشورها
برزیل	<ol style="list-style-type: none"> ۱. کسب شهرت و نفوذ بین‌المللی ۲. برندسازی برای کشور در کنار ورزش فوتبال ۳. خارج کردن نام خود از لیست کشورهای بدنام در آمریکای لاتین 	<ol style="list-style-type: none"> ۱. یارگیری سیاسی و دست‌یابی به کرسی دائم شورای امنیت ۲. قرار گرفتن در زمره کشورهای توسعه‌یافته و صنعتی ۳. ارتقای جایگاه بین‌المللی خود 	<ol style="list-style-type: none"> ۱. برنامه‌مبارزه با ایدز در داخل ۲. طرح و برنامه‌ی مبارزه با دخانیات و کاهش مصرف آن در داخل ۳. همکاری سازنده با سازمان بهداشت جهانی 	<ol style="list-style-type: none"> ۱. تغییر نحوه همکاری با سازمان بهداشت جهانی از کم‌کار به فعال ۲. ایفای نقش فعال در نگارش کوانسیون کنترل دخانیات ۳. بهره‌گیری از دیپلمات‌های

<p>حرفه ای خود ۴. اهدای کمک های بهداشتی به دیگر کشورها ۵. اهدای کمک های مالی به سازمان بهداشت جهانی ۶. مشاوره و همکاری های علمی- فنی</p>	<p>۴. تغییر نگاه روسای جمهور به دیپلماسی سلامت</p>	<p>۴. ایجاد تنوع در مشارکت های جهانی</p>	<p>۴. فرصت سازی برای کشور در آینده</p>
--	--	--	--

تقدیر و تشکر

این مقاله بخشی از طرح پژوهشی نویسنده در مرکز مطالعات و همکاری های علمی بین المللی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری است و از سوی این مرکز مورد حمایت مالی قرار گرفته است. بدینوسیله از کمک و حمایت های آنها تقدیر می گردد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

- (۱) باقری دولت آبادی، علی؛ شفیعی سیف آبادی، محسن (۱۳۹۹). «سیاست خارجی ایران در عصر کرونا: از دیپلماسی سلامت تا دیپلماسی رسانه‌ای»، پژوهشنامه علوم سیاسی، سال ۱۵، شماره ۲، صص ۷-۴۶.
- (۲) پوراحمدی، حسین (۱۳۸۹). قدرت نرم و سیاست خارجی ایران، قم: بوستان کتاب.
- (۳) گلشن پژوه، محمودرضا (۱۳۸۷). جمهوری اسلامی ایران و قدرت نرم، تهران: دفتر گسترش تولید علم.
- (۴) نای، جوزف (۱۳۸۶). «منابع قدرت نرم»، ترجمه ناصر بلیغ، فصلنامه مطالعات بسیج، سال دهم، پائیز، شماره ۳۶، صص ۱۰۷-۱۱۵.
- (۵) نای، جوزف (۱۳۸۷). قدرت نرم، محسن روحانی و مهدی ذوالفقاری، تهران: انتشارات دانشگاه امام صادق و پژوهشکده مطالعات و تحقیقات بسیج.
- (۶) ووینگ، الکساندر. ال (۱۳۸۸). «کارکرد قدرت نرم»، ترجمه مهرداد مرادی، فصلنامه سیاست راهبردی، سال اول، پائیز، شماره ۴، صص ۱۵۱-۱۲۹.
- 7) Ainsworth, M. (2004), *The Effectiveness of the World Bank's HIV/AIDS Assistance*, Washington, DC: World Bank Press.
- 8) Blumenthal Susan J.; Schlissel, Elise (2007), "Health diplomacy: A Prescription for Peace", Huff Post, Available at: https://www.huffpost.com/entry/health-diplomacy-a-prescr_b_73267
- 9) Bliss, Katherine E. (2017), "Health Diplomacy of Foreign Governments", A Report of the CISIS Global Health Policy Center, May 2011, Center for Strategic and International Studies, Washington, DC.
- 10) Blouin, C.; Dubé L. (2010), "Global Health Diplomacy for Obesity Prevention: Lessons from Tobacco Control." *Journal of Public Health*, Vol. 31, No.1, pp.244-55.
- 11) Brazil's foreign-aid programme (2010), *Speak Softly and Carry a Blank Cheque*, *The Economist*, 15 July 2010, Available at: <http://www.economist.com/node/16592455>
- 12) Cabral, Lidia (2010), "Brazil: an Emerging Aid Player, Overseas Development Institute", Briefing Paper 64, October 2010, Available at: [file:///C:/Users/persianRK/Downloads/Brazil_-_an_emerging_aid_player%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/persianRK/Downloads/Brazil_-_an_emerging_aid_player%20(1).pdf)
- 13) Castro, Fidel (1992), *Health Care at Almeijeras Hospital*, Available at: <http://lanic.utexas.edu/project/castro/db/1992/19921205.html>.

- 14) Feinsilver, Julie (2010), "Fifty Years of Cuba's Media Diplomacy: From Idealism to Pragmatism", in: Cuban Studies 41, Catherine Krull and Soraya Castro Marino Pittsburgh: The University of Pittsburgh Press.
- 15) Feinsilver, Julie M. (2006), "Cuban Medical Diplomacy: When the Left Has Got It Right", Council on Hemisphere Affairs, October 30, 2006, Available at: <https://www.coha.org/cuban-medical-diplomacy-when-the-left-has-got-it-right/>
- 16) Feinsilver, Julie M. (2008), "Cuba's Medical Diplomacy" in Mauricio A. Font: Changing Cuba/Changing World, New York: Blinder Center for Western Hemisphere Studies.
- 17) Gayard, Nicole (2019), "Health as Niche Diplomacy: Assessing Design and Practices of Brazilian Health Diplomacy at the Beginning of the 21st Century", Revista Brasileira de Política Internacional, Vol.62, No.1, PP. 1-19.
- 18) Gómez, E. (2009), "The Politics of Brazil's Commitment to Combating HIV/AIDS in Africa", Harvard Health Policy Review, Vol. 10, No.1, pp. 16–18.
- 19) Gómez, E. (2009a), "Brazil's Blessing in Disguise: How Lula Turned an HIV/AIDS Crisis into a Geopolitical Opportunity." Foreign Policy, Available at: <https://foreignpolicy.com/2009/07/22/brazils-blessing-in-disguise/>
- 20) Gómez, E. (2009b), "The Politics of Brazil's Commitment to Combating HIV/AIDS in Africa: Technological Assistance, Capacity Building, and the Emergence of a New Donor Aid Paradigm." Harvard Health Policy Review, Vol.10, No. 2, PP. 51-64.
- 21) Gómez, Eduardo J. (2010), "What the United States Can learn from Brazil in Response to HIV/AIDS: International Reputation and Strategic Centralization in a Context of Health Policy Devolution", Health Policy and Planning, Vol.25, No.1, pp.529–541
- 22) Huang, Yanzhong (2010), "Pursuing Health as Foreign Policy: The Case of China", Indiana Journal of Global Legal Studies, Vol. 17, No. 1, pp.105–146.
- 23) Jalali, Seyed Farzad et al (2020), "Epidemiologic Comparison of the First and Second Waves of Coronavirus Disease in Babol, North of Iran", Caspian J Intern Med, Vol.11(Suppl 1), pp.544-550.
- 24) Kamrava, M. (2020), "The Covid-19 Pandemic in Iran: Health and Policy Implication", Arab Center for Research and Policy Studies, April 8, 2020, 1-14.
- 25) Keck, William; Reed, Gail (2012), "The Curious Case of Cuba", American Journal of Public Health, Vol.102, No.8, pp. 13-22
- 26) Lee, Kelley (2009), "Global Health Diplomacy: A Conceptual Review, WHO Network on Global Health Diplomacy", Trade, Foreign Policy, Diplomacy and Health Working Paper, London School of Hygiene & Tropical Medicine.
- 27) Lee, Kelley, Chagas, Luiz Carlos, Novotny, Thomas E. (2010), "Brazil and the Framework Convention on Tobacco Control: Global Health Diplomacy as Soft Power", PLOS Medicine, Vol.7, No.4, 1000-232

- 28) Lee, Kelley; Gomez, Eduardo J. (2011), ‘Brazil’s Ascendance: The soft Power Role of Global Health Diplomacy’, *The European Business Review*, pp 61-64. Available at: www.europeanbusinessreview.com
- 29) Li, Mingjiang; Gang, Chen (2010), ‘China’s Search for a Multilateral World: Dilemmas and Desires’. *The International Spectator: Italian Journal of International Affairs*, Vol. 45, No. 4, pp. 13-25.
- 30) Marrogi, Aizen; J. Al-Dulaimi, Saadoun (2014), ‘Medical Diplomacy in Achieving U.S. Global Strategic Objectives’, *JFQ*, 74.3rd, Quarter 2014, pp.124-130.
- 31) Milne, Seumas (2014), ‘Cuba’s Extraordinary Global Medical Record Shames US Blockage.’ *The Guardian*, Available at: <http://www.theguardian.com/commentisfree/2014/dec/03/cuba-global-medical-record-shames-us-blockade-ebola>.
- 32) Nye, Joseph Samuel (1990), "Soft power", *Foreign Policy*, Vol.80, pp. 153–171
- 33) Nye, Joseph Samuel (2004), *Soft Power: The Means to Success in World Politics*, New York: Public Affairs
- 34) Nye, Joseph Samuel (2007), ‘Notes for a Soft Power Research Agenda’, in Felix Berenskoetter and M. J. Williams (Eds.), *Power in World Politics*, London and New York: Routledge.
- 35) Nye, Joseph Samuel (2010), ‘The Future of Soft Power in US Foreign Policy’, in Inderjeet Parmar and Michael Cox (Eds.), *Soft Power and US Foreign Policy: Theoretical, Historical and Contemporary Perspectives*, London and New York: Routledge.
- 36) Parker, R. (2009), ‘Civil Society, political Mobilization, and the Impact of HIV Scale-Up on Health Systems in Brazil’, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, Vol. 52, No.1, pp.49–51.
- 37) Parrilla, Bruno Rodriguez (2014), *We Live in a Globalized World which Moves Toward Multi-Polarity*, Available at: <http://en.granma.cu/mundo/2014-09-29/we-live-in-a-globalized-world-which-moves-toward-multi-polarity>.
- 38) Rich J. (2009), ‘Re-Examining the Link between Decentralization and Grassroots Participation in Brazil’, Working Paper, Berkeley, CA: Department of Political Science, University of California, Berkeley.
- 39) Shajalal, Mohon, et al. (2017), ‘China’s Engagement with Development Assistance for Health in Africa’, *Global Health Research and Policy*, Vol. 2, No.1, pp.24-30.
- 40) Todd, Hannah (2020), ‘Medical Diplomacy—Lessons from Cuba’, *Think Global Health*, June 15, 2020, Available at: <https://www.thinkglobalhealth.org/article/medical-diplomacy-lessons-cuba>
- 41) Vincanne, Adams; Novotny, Thomas E.; Leslie, Hannah (2008), ‘Global Health Diplomacy’, *Medical Anthropology*, Vol.27, No.4, pp.315-323

- 42) Watt, N.F., Gomez, E.J., McKee, M. (2013), "Global health in foreign policy—and foreign policy in health? Evidence from the BRICS", Health Policy and Planning, pp.1-11.
- 43) Wiebel, Haley (2017), "Cuban Medical Diplomacy: A Developmental Paradox", Council of Hemispheric Affairs, May 2, 2017, Available at: <https://www.coha.org/cuban-medical-diplomacy-a-developmental-paradox/>
- 44) Ward, Jared (2020), "Taiwan's Medical Diplomacy in the Caribbean: A Final Stand Against Beijing?", The Diplomat, 11 May 2020, Available at: <https://thediplomat.com/2020/05/taiwans-medical-diplomacy-in-the-caribbean-a-final-stand-against-beijing/>
- 45) Worldometer (2020), Coronavirus Cases: Iran, Available at: <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/iran/>
- 46) WHO (2020), "Health Diplomacy", World Health Organization, Available at: <http://www.emro.who.int/health-topics/health-diplomacy/index.html>
- 47) World Bank Group (2019), "Brazil Overview of Tobacco Use, Tobacco Control Legislation, and Taxation A Country Brief", World Bank Group, June 12, 2019, Available at: <http://documents1.worldbank.org/curated/en/576421560802645093/pdf/Brazil-Overview-of-Tobacco-Use-Tobacco-Control-Legislation-and-Taxation.pdf>
- 48) Yu, Xintian (2008). "The Role of Soft Power in China's Foreign Strategy", China International Studies: Guoji Wenti, Yanjiu, in Courmont, Barthelemy (2015) 'Soft Power Debates in China', Academic Foresights, No.13, January–June.