

سیاست‌های اتخاذ شده از سوی سازمان بهداشت جهانی در طول فرآیند همه‌گیری بیماری کووید-۱۹

امیررضا محمودی^۱، سیده مهشید میری بالاجورشری^۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۲۸

چکیده:

سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۸ تأسیس شد، اما پیشینه‌ای آن به اواسط قرن نوزدهم بر می‌گردد. اساس این پیشینه نیاز به مبارزه با اپیدمی‌هایی بود که فراتر از مرزهای کشورها است. با این حال، فرصت‌های مالی و فنی مورد نیاز برای نیل به اهداف آن‌ها و همکاری کشورهای عضو همیشه در سطح مطلوب نبوده و نیست. تجربه نشان داده است که نیمی از منابع مالی شامل کمک‌های داوطلبانه برای برنامه‌های خاص است اما سازمان از تدوین یک قاعده قانونی الزام آور نسبت بدان‌ها امتناع می‌کند با این حال، مشاهده می‌شود که کشورهای عضو به دلیل قرار گرفتن در شرایط اپیدمی کووید ۱۹ طبق راهکارها و ارشادهای سازمان بهداشت جهانی اقدام می‌نمایند. لازم به ذکر است علیرغم تمامی مشکلات و برخی اشتباهات، سازمان با تجربه‌ای که از اپیدمی‌های قبلی به دست آورده است، این روند را به درستی مدیریت کرده است. با این حال، زمان نشان خواهد داد که آیا سازمان بهداشت جهانی و کشورهای عضو می‌توانند اصلاحاتی را در خصوص ساختار و چگونگی تطبیق مقررات خود با نظم نوین جهانی در حوزه بهداشت صورت دهند یا نه.

واژگان اصلی: سیاست، سازمان بهداشت جهانی، کووید-۱۹، مقررات بین‌المللی بهداشت، بیماری همه‌گیر.

۱. گروه حقوق، دانشکده علوم انسانی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران (نویسنده مسئول)

Amirreza.mahmodi@gmail.com

۲. گروه حقوق، دانشکده علوم انسانی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران

مقدمه

اپیدمی‌هایی که جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهند پدیده جدیدی نیستند. اولین اپیدمی شناخته شده در تاریخ مکتوب قبل از میلاد بیماری همه‌گیری بود که در سال ۴۳۰ آتن را تحت تأثیر قرار داد و در کتاب‌های تاریخ از آن به عنوان عاملی که قدرت آتن را در طول جنگ‌های پلوپونزی به طور قابل توجهی کاهش داد یاد شده است. اپیدمی طاعون در قرون وسطی به دلیل گسترش سفرهای بین‌المللی و راه‌های تجاری گسترش یافت که از آسیا شروع شد و در تمام اروپا و شمال آفریقا دیده شد. از بیماری‌های همه‌گیری که در طول تاریخ بر سیاست‌های خارجی تأثیر گذاشته است می‌توان از طاعون، وبا و تب زرد نام برد. (Nakajima, 1997, 320)

قبل از تاسیس سازمان بهداشت جهانی، تمام تلاش‌های بین‌المللی در زمینه سلامت با هدف جلوگیری از گسترش بیماری‌های همه‌گیر صورت می‌گرفت. ایده یک سازمان بین‌المللی برای فعالیت در حوزه سلامت موضوع کنفرانس موسس سازمان ملل متحد در سال ۱۹۴۵ بود که با همکاری کمیته اقتصادی و اجتماعی این چشم‌انداز با لازم‌الاجرا شدن معاهده تأسیس سازمان جهانی بهداشت در ۷ آوریل ۱۹۴۸ جان گرفت. در سال ۲۰۱۹، سازمان بهداشت جهانی با ۸۰۰۰ کارمند و دفاتر در ۱۶۰ ایالت، پس از یونسکو، به بزرگترین سازمان متخصص سازمان ملل متحد با ۱۹۴ کشور عضو تبدیل شد. (Burci, 2019: 229)

با این حال، اگرچه سازمان بهداشت جهانی به عنوان یک سازمان فنی، مانند همه سازمان‌های بین‌المللی که دولت‌ها عضو آن هستند، در نظر گرفته شده بود، اما از بدو تأسیس، شاهد رقابت ایدئولوژیک و سیاسی بوده است. یکی از دلایل رقابت این است که سازمان بهداشت جهانی علی‌رغم اینکه در معاهده تأسیس آن مقرر شده است در تولید اسناد الزام‌آور بسیار محدود می‌باشد. عده‌ای این موضوع را به این دلیل تشریح می‌کنند که سرعت پیشرفت علمی و فناوری در حوزه پزشکی، این گونه متون الزام‌آور را در مدت کوتاهی بی‌معنا می‌کند اما به نظر می‌رسد این یک توجیه ضعیف و غیر قابل قبول باشد.

در این مقاله فعالیت سازمان بهداشت جهانی با رویکردی بر نظم جدید بین‌المللی به عنوان یک سازمان فنی بین‌المللی که مسئول سلامت در طول همه‌گیری کووید-۱۹ می‌باشد مورد بررسی قرار خواهد گرفت و تحولاتی که موجب تبعیت این سازمان از نظم نوین جهانی شده است و تأثیرات احتمالی آن بر آینده سازمان بهداشت جهانی است مورد بحث قرار خواهد گرفت.

الف: سازمان بهداشت جهانی به عنوان یک سازمان بین‌المللی

سازمان جهانی بهداشت با لازم الاجرا شدن معاهده تأسیس خود در ۷ آوریل ۱۹۴۸ تشکیل شد. در کنفرانس سانفرانسیسکو در سال ۱۹۴۵ که برای تأسیس سازمان ملل متحد تشکیل شده بود، پیشنهاد کشورهای برزیل و چین مبنی بر تشکیل کنفرانسی برای ایجاد یک سازمان بین‌المللی بهداشت و ارتباط آن با (ECOSOC) به اتفاق آرا پذیرفته شد: (Howard-Jones, 1981: 470) این توافقنامه توسط ۶۱ کشور در کنفرانس تأسیسی که در سال ۱۹۴۶ تشکیل شد، بر اساس پیش‌نویس تهیه شده توسط کمیته فنی مقدماتی، امضا شد.

در ماده ۱ معاهده موسس، هدف سازمان دستیابی به بالاترین سطح ممکن سلامت برای همه افراد تعیین شده است و طبق ماده ۲ سازمان به عنوان مرجع هدایت کننده و هماهنگ کننده در حوزه سلامت بین‌المللی (جهان) فعالیت خواهد کرد. با نگاهی به ماده ۲، می‌توان فهمید که این سازمان دارای وظایف دوگانه‌ای به شرح زیر است:

- تلاش برای تقویت خدمات بهداشتی کشورهای عضو و مبارزه با بیماری‌های همه‌گیر که یک هدف دیرینه است؛
- کمک‌های فنی به کشورهای عضو، تسهیل همکاری بین سازمان‌ها، ارائه اطلاعات، ارائه آموزش، تنظیم قراردادها و آیین‌نامه‌ها و غیره. (Samanci, 2016: 63)

۱: مسیر تأسیس سازمان بهداشت جهانی

سازمان جهانی بهداشت از رویکرد بهداشت عمومی که در قرن نوزدهم توسعه یافت جدایی ناپذیر است. کشورهایی که قصد محدود کردن مکان‌ها و جوامع مشکل‌ساز درحیطه مرزهای خود داشتند و همچنین قصد مدیریت و کنترل گذرگاه‌های مرزی و ورود کالاها یا افراد مشکوک به کشور را داشتند، باعث ایجاد شیوه‌های مدیریتی بهداشتی شدند. با توجه به گسترش بیماری وبا در اروپا در اواسط قرن ۱۹، دولت‌ها نیاز به همکاری داشتند و همین امر منجر شد که اولین کنفرانس بهداشتی خود را در سال‌های ۱۸۵۱-۱۸۵۲ برگزار کنند. در سال ۱۸۹۲، اولین کنوانسیون بهداشتی بین‌المللی که برای کنترل وبا بود برگزار شد و ۵ سال بعد با شیوع طاعون قرارداد مشابهی برای طاعون بسته شد. سازمان بهداشت پان‌آمریکن که در سال ۱۹۰۲ تأسیس شد از قدیمی‌ترین سازمان بین‌المللی بهداشت در جهان است که در ابتدا بیشتر به قوانین قرنطینه توجه داشت، اما بعداً شروع به تمرکز بر مشکلات عمومی سلامت کرد. در سال ۱۹۰۳ کنفرانس بین

المللی بهداشت در پاریس نیاز به یک دفتر بهداشت دائمی را مورد بحث قرار داد و در سال ۱۹۰۷ اولین دفتر بین المللی در اروپا به نام دفتر بین المللی بهداشت عمومی تأسیس شد. همانطور که مشاهده می‌شود، نگرانی‌های بهداشت عمومی و اولین مطالعات در این زمینه با هدف کنترل اپیدمی‌ها انجام شده است. ماز سوی دیگر، جامعه ملل به کنترل بیماری‌ها محدود نشد، بلکه حوزه مطالعاتی خود را به مفهوم همکاری بین المللی بهداشتی گسترش داد. بر همین اساس بنیاد راکفلر در سال ۱۹۱۳ یک هیئت بین المللی بهداشت تأسیس کرده که علاقه آن‌ها عمدتاً به سمت بیماری‌های عفونی بود. (Bashford, 2006, 72)

۲: ساختار و فعالیت های سازمان بهداشت جهانی

این سازمان دارای سه نهاد اصلی است: مجمع عمومی جهانی بهداشت که با حضور همه اعضا برگزار و سالی یک بار تشکیل جلسه می‌دهد و وظایف گسترده‌ای از جمله تشکیل کمیته‌های لازم تا بررسی گزارش‌های هیئت اجرایی و دبیرخانه را بر عهده دارد همچنین نظارت بر سیاست مالی برای انجام تحقیقات و رساندن هر موضوع بهداشتی که مهم تشخیص داده می‌شود و توجه کشورهای عضو از وظایف آن است پذیرش بودجه نیز در اختیار این مرجع است. هیئت اجرایی این مجمع متشکل از ۳۴ عضو است که وظیفه آن‌ها اجرای سیاست‌های مجمع عمومی بهداشت جهانی است. همچنین یکی از وظایف اصلی آن مقابله با حوادثی است که نیاز به اقدام فوری دارد که در ماده ۲۸ معاهده موسس آمده است و در این زمینه باید با اپیدمی‌ها مقابله کند و به مدیرکل اجازه می‌دهد تا اقدامات لازم را برای رسیدگی به آن را انجام دهد. مدیر کل طبق ماده ۳۱ مجمع عمومی بهداشت جهانی مدیرتعیین می‌شود و مدیر کل سومین نهاد اصلی یعنی دبیرخانه را بر عهده دارد. حدود یک سوم کارکنان فنی و اداری در دفتر مرکزی ژنو و بقیه در دفاتر منطقه‌ای کار می‌کنند. سازمان بهداشت جهانی دارای شش دفتر منطقه‌ای در آفریقا، آمریکا، اروپا، غرب اقیانوس آرام، مدیترانه شرقی و آسیای جنوب شرقی است.

طبق بند (ک) ماده ۲ معاهده موسس، سازمان بهداشت جهانی می‌تواند کنوانسیون‌ها و توصیه‌های بین المللی را تصویب کند. بر اساس ماده ۱۹ مجمع عمومی بهداشت جهانی با اکثریت دو سوم این اختیار را دارد که قراردادها یا توافقات را بپذیرد اما از این اختیارات بسیار کم استفاده شده است. تنها مقررات بین المللی این کنوانسیون، کنوانسیون چارچوب ۲۰۰۳ در مورد کنترل

دخانیات است. علاوه بر این، مقررات بین‌المللی بهداشت، که در سال ۲۰۰۵ به روز شد، چارچوب اصلی مداخله در بیماری‌ها را تشکیل می‌دهد.

ماده ۲۱ به سازمان بهداشت جهانی این اختیار را می‌دهد که مقررات گسترده‌ای را تصویب کند. مجمع عمومی بهداشت این اختیار را دارد که مقرراتی را در مورد موضوعاتی با اکثریت مطلق تصویب کند و اولین مورد در بند (الف) برای فرآیند در همه‌گیری کووید ۱۹ مهم است. این اختیارات شامل:

- تعیین شرایط بهداشتی و قرنطینه‌ای به منظور جلوگیری از گسترش بین‌المللی آن،
- نامگذاری بیماری‌ها، علل مرگ و میر و اقدامات بهداشت عمومی،
- تعیین استانداردها برای روش‌های تشخیصی برای استفاده بین‌المللی،
- تعیین مواد بیولوژیکی، داروها و غیره مشمول تجارت بین‌المللی،
- تعیین استانداردهای ایمنی، خلوص و قدرت محصولات،
- اعلام و برچسب‌گذاری مواد بیولوژیکی، داروها و غیره محصولات مشمول تجارت بین‌المللی.

موافقت‌نامه‌های بین‌سازمان بهداشت جهانی و سایر سازمان‌های بین‌المللی را با اکثریت دو سوم پذیرفته می‌شود. در ماده ۴۱ معاهده موسس آمده است که سازمان بهداشت جهانی با سازمان ملل متحد موافقت خواهد کرد و همچنین ماده ۵۷ نشان می‌دهد که سازمان تحت دستور و هدایت سازمان ملل خواهد بود.

با لازم‌الاجرا شدن معاهده موسس، سازمان جهانی بهداشت در چارچوب بودجه محدود خود، موضوعاتی را که مورد توجه اولیه قرار می‌گیرد، تعیین کرد و برخی از بیماری‌های عفونی را در میان آن‌ها گنجانده. مقررات بین‌المللی بهداشت آبله، تیفوس، وبا و همچنین برای کنترل تب زرد، تب مکرر و طاعون و تعیین اقدامات لازم در بنادر، فرودگاه‌ها و مرزهای مورد استفاده برای حمل و نقل بین‌المللی در برابر این بیماری‌ها که به عنوان بیماری‌های قرنطینه طبقه‌بندی می‌شوند، به تصویب رسید. تیفوس و تب در سال ۱۹۶۹، آبله در سال ۱۹۸۱ مستثنی شدند و تنها سه بیماری تحت کنترل بین‌المللی تحت این قانون قبل از مقررات سال ۲۰۰۵ باقی مانده بودند.

در سال ۱۹۵۸، اجلاس در دهمین سالگرد خود، زمانی که ایالات متحده عنوان داشت که سازمان باید مرکزی برای هدایت تحقیقات و واگذاری اجرای آن به کشورها باشد، یک کمیته

مشورتی در زمینه تحقیقات پزشکی و یک صندوق داوطلبانه برای آن ایجاد شد. عضویت سریع کشورهای تازه استقلال یافته در دهه ۱۹۶۰ و بحران بهداشتی که در جریان درگیری‌های داخلی در کنگو به وجود آمد، باعث شد که سازمان بیشتر بر برنامه ریزی بهداشت ملی تمرکز کند.

(Charles, 1968, 295)

در دهه ۱۹۷۰، رویکرد سلامت دیگر به عنوان بیمار نبودن درک نمی‌شد، بلکه به عنوان یک وضعیت رفاهی جامع شناخته می‌شد. اعلامیه آما آتا در سال ۱۹۷۸ از همه کشورها خواست تا ارائه مراقبت‌های بهداشتی در سطح بالا را بخشی جدایی ناپذیر از سیستم‌های بهداشت ملی خود قرار دهند. در سال ۱۹۸۱، این بیانیه، تا سال ۲۰۰۰ یک استراتژی جهانی با عنوان "سلامت برای همه" اتخاذ کرد. هدف این استراتژی این بود که مراقبت‌های بهداشتی اولیه را به کارکرد و تمرکز اصلی نظام سلامت در همه کشورها تبدیل کند. (McCarthy, 2002: 1111)

ظهور ایدز در دهه ۱۹۹۰ از نظر حمایت از حقوق بشر، تأثیر سیاست‌های نئولیبرالی و اینکه بیماری‌های عفونی در حال حاضر موضوع سازمان‌های امنیتی شده است، باعث تغییر رویکردهای سازمان بهداشت جهانی شده است. (Burci, 2019 : 230) با آن که سازمان تمایل داشت به عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت مانند توزیع درآمد، سطح تحصیلات، نقش زنان در تعیین سیاست‌های اقتصادی و زیست محیطی، تنظیم عوامل خطر سلامت و دسترسی به داروها پردازد اما لاجرم مجبور به تغییر در رویکرد خود شد.

در سال ۲۰۰۳، کنوانسیون چهارچوب کنترل دخانیات به عنوان اولین معاهده بهداشت عمومی جهانی به تصویب رسید. در سال ۲۰۰۸، آمار بهداشت جهانی یک تغییر جهانی از بیماری‌های واگیر به غیرواگیر را در سراسر جهان نشان داد اما یک سال بعد، در سال ۲۰۰۹، ویروسی به نام ابولا ظاهر شد که در سال ۲۰۱۴، بزرگ‌ترین شیوع ویروس ابولا در غرب آفریقا رخ داد و در سال ۲۰۱۶ بود که موارد ابتلا به صفر رسید. در همان سال، این بار در قاره آمریکا، ویروس زیکا یک وضعیت اضطراری بهداشت عمومی ایجاد کرد. ابولا در سال ۲۰۱۷ در کنگو و دوباره در ۲۰۲۰-۲۰۱۸ ظاهر شد.

در سال ۲۰۰۵، ده سال بحث بر سر بازنگری مقررات بین‌المللی بهداشت به نتیجه رسید و این مقررات بازنگری شدند و گسترش یافتند تا شامل پیشگیری و پاسخ به تهدیدات بهداشت عمومی فراتر از بیماری‌های خاص باشد. مقررات بین‌المللی بهداشت، مقررات قانونی اساسی در مورد مبارزه با بیماری‌ها را تشکیل می‌دهد. این آیین‌نامه اصلی‌ترین رکن در مبارزه با اپیدمی‌ها

است. از جمله ایراداتی که هنگام تصویب این مقررات مطرح شد، این بود که مقررات جدید ممکن است با آژانس بین‌المللی انرژی اتمی، سازمان تجارت جهانی یا کدکس مواد غذایی مغایرت داشته باشد که این احتمالات با اصلاحات از بین رفته‌اند. انتشار عمده و تصادفی مواد بیولوژیکی، شیمیایی یا رادیواکتیو همیشه بحث برانگیز بوده است زیرا احتمال تروریسم را در بر می‌گیرد. با همه پیچیدگی‌ها متن نهایی به گونه‌ای شکل گرفت که موارد استفاده داوطلبانه از این موارد را نیز شامل شود.

ب: مبنای سازمان بهداشت جهانی

از دهه ۱۹۸۰، چندپارگی که هیچ ربطی به بیماری‌های همه‌گیر ندارد، نقش سازمان را به طور کلی کاهش داد. در دهه ۱۹۹۰، ارتباط بین سلامت و حقوق بشر، محیط زیست و تجارت به منصفه ظهور رسید. در این دوره گفته می‌شود که نقش سازمان‌های بین‌المللی مانند سازمان بهداشت جهانی دست و پاگیر است و به نوعی تحت تأثیر انتقادات سازمان ملل قرار گرفته است. (Taylor, 2003, 256)

برخی از مسائل حوزه سلامت، حوزه مطالعاتی سایر سازمان‌ها نیز بود. مثلاً سازمان تجارت جهانی پیونددهنده بین سلامت و تجارت به طور فزاینده‌ای در معاهدات است. موضوعاتی مانند تنوع زیستی، امنیت زیستی، بیوتکنولوژی، مالکیت معنوی، ژنتیک، شبیه‌سازی انسان و ... موضوعاتی هستند که هم از جانب سازمان بهداشت جهانی و هم از جانب سایر سازمان‌ها مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. سازمان بهداشت جهانی، حوزه‌ای بود که سازمان‌هایی مانند یونسکو و فائو نیز در آن کار می‌کردند و به تدوین قواعد حقوقی در این زمینه کمک کردند. اما با انجام این کار منجر به چندپارگی بیشتر و گاهی اوقات تناقض در قوانین بهداشتی نیز شده است.

این دیدگاه که این امر نقش رهبری سازمان تجارت جهانی در سلامت را تضعیف می‌کند، دیدگاه قابل توجهی است. به ویژه، با توجه به اینکه معاهده تأسیس سازمان جهانی بهداشت این قدرت را دارد که قاعده‌ای را تعیین کند که هیچ نهاد تخصصی دیگری ندارد، کشورهای عضو ممکن است به جای استفاده از این فرصت از مجامع دیگری استفاده کنند. قابل درک است که سازمان ترجیح می‌دهد ترتیبات دیگری را انجام دهد. به همین دلیل به نظر می‌رسد که سازمان به اندازه کافی از اختیارات قوانین خود استفاده نمی‌کند. این واقعیت که منابع سازمان برای وظایفی که برعهده می‌گیرد کافی نیست، اساسی‌ترین مشکلی است که همه به زبان می‌آورند.

ج: مشکل منابع مالی سازمان بهداشت جهانی

مدیر کل برآورد بودجه سازمان را بر اساس داده‌های دفاتر منطقه‌ای تهیه و به هیئت اجرایی ارائه کرده و پس از بررسی در آنجا، بودجه توسط مجمع عمومی بهداشت جهانی تصویب می‌شود. بودجه عادی توسط کشورهای عضو تامین می‌شود که ایالات متحده بیشترین سهم را داراست (Vaughan, et al., 1996: 229). بودجه سازمان از همان ابتدا نسبت به اهداف ناچیز بوده علاوه بر بودجه رسمی سازمان جهانی بهداشت که متشکل از کمک‌های کشورهای عضو است، ماده ۵۷ معاهده موسس نیز به آن اجازه می‌دهد تا کمک‌های داوطلبانه را از کشورهای عضو و سازمان‌هایی که اهداف آن‌ها در راستای اهداف و سیاست‌های سازمان جهانی بهداشت است، دریافت کند. در واقع، از سال ۱۹۵۱، از برنامه کمک‌های فنی سازمان ملل متحد و صندوق ویژه آن برای حمایت از سازمان‌های تخصصی بهره مند شده است.

سازمان بودجه خود را به دو دسته انعطاف پذیر و هدفمند تقسیم می‌کند. وجوه انعطاف پذیر را می‌توان در هر کجا که نیاز باشد استفاده کرد. کمک‌های اجباری کشورهای عضو نیز در این حوزه گنجانده شده است. در میان کمک‌های داوطلبانه، صندوق کمک‌های داوطلبانه اصلی و هزینه‌های حمایت برنامه یک صندوق انعطاف‌پذیر است. با این حال، اکثریت قریب به اتفاق وجوه داوطلبانه هدف گذاری شده است، به این معنی که آن‌ها باید برای یک هدف خاص استفاده شوند. صندوق داوطلبان ارتقای سلامت برای بیماری‌ها یا فعالیت‌های مختلف حساب‌های ویژه‌ای دارد که به مشارکت کنندگان در یک فعالیت خاص تعلق می‌گیرد. کشورهایی که از ابتدا بیشترین کمک را به صندوق‌ها داشته‌اند عبارتند از: سوئد، بریتانیا، هلند، ژاپن، نروژ، دانمارک، ایتالیا، سوئیس، کانادا، آلمان، فرانسه و استرالیا و ایالات متحده آمریکا. (Vaughan, et al., 1996: 236)

با نگاهی به بودجه ۲۰۲۰-۲۰۲۱ سازمان، مشارکت‌های داوطلبانه هدفمند بیش از نیمی از کل بودجه را با تقریباً ۳ میلیارد دلار تشکیل می‌دهد. وجوه انعطاف پذیر بالغ بر ۱ میلیارد و ۳۵۰ میلیون دلار است که ۹۵۰ میلیون دلار آن شامل کمک‌های اجباری کشورهای عضو است. کمک‌های داوطلبانه غیرهدفمند فقط ۳۳ میلیون دلار است. مبلغ پیش بینی شده برای موارد اضطراری ۱ میلیون دلار است که ۸۶۰ هزار دلار آن مشارکت داوطلبانه هدفمند است. مدل کاری مبتنی بر مشارکت‌های داوطلبانه که در اوایل سال ۱۹۴۹ پدیدار شد، به تدریج با افزایش نرخ مشارکت‌های

داوطلبانه در بودجه سازمان قوی‌تر شد. در واقع، سازمان جهانی بهداشت مجبور است خود را با سیاست‌های نئولیبرالی تطبیق دهد تا شهرت از دست رفته خود را بازیابد. کمک‌های داوطلبانه ۸۰ درصد از منابع سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۷-۲۰۱۶ را تشکیل می‌دهد و تقریباً همه آن‌ها برای اهداف خاصی داده شده است. نیمی از منابع از سوی بازیگران غیردولتی تامین شد. به طوری که بنیاد بیل و ملیندا گیتس دومین سرمایه گذار پس از ایالت ایالات متحده آمریکا (داوگيرداس) بود. در بین ۲۰ مشارکت کننده برتر، ۴ فرد یا بنیاد خصوصی و ۲ صندوق سازمان ملل وجود دارد. این بدان معناست که سازمان بسیار به کمک‌های داوطلبانه وابسته شده است. در واقع، در سال ۲۰۱۴ بودجه باید بدون هیچ گونه مشارکت یا مشارکت داوطلبانه دولت عضو تصویب شود و در صورت لزوم بودجه‌های انعطاف پذیر ایجاد شود. با این حال، صندوق‌های انعطاف پذیر بخش بسیار کمی از کمک‌های داوطلبانه را تشکیل می‌دهند. بنابراین سرمایه گذاران به جایی رسیده‌اند که دستور کار سازمان را تعیین می‌کنند. (Garrett, 2007, 38)

وقتی این سرمایه‌گذاران، افراد یا سازمان‌های خصوصی باشند، مشکل شفافیت نیز به وجود می‌آید. به عنوان مثال، در مورد کشورها، در زمان شیوع اپیدمی ابولا این انتقاد مطرح می‌شود که آن‌ها در مورد اعلام همه‌گیری تحت فشارند بنابراین، اگرچه منابع اختصاص یافته به مشکلات سلامت افزایش می‌یابد، اما این مشکلی وجود دارد که منابع در نظر گرفته شده برای استفاده به ویژه برای بیماری‌های پرمخاطب زیاد می‌شود، اما منابع اختصاص داده شده برای سلامت عمومی چندان زیاد نیست در واقع، می‌توان از آن در شرایط اضطراری در طول اپیدمی ابولا استفاده کرد. با این دیدگاه که بودجه منعطف کافی وجود ندارد، طبیعتاً اولین جایگاه در پیشنهادات اصلاحات مالی سهم کشورهای عضو است و بازگشت به مدل «رشد واقعی صفر» پیشنهاد شده است. با این حال، کشورهای عضو تمایلی به آن نداشته و ترجیح می‌دهند به جای افزایش سهم خود در بودجه رسمی، به برنامه‌های خاص کمک کنند.

وجوه دومین موضوع مهم در پیشنهادات اصلاحی را تشکیل می‌دهد. تلاش برای اطمینان از شفافیت و پاسخگویی در استفاده از این وجوه نه به منظور حذف یا کاهش این وضعیت، بلکه به منظور کسب بیشتر این وجوه بیان شده است. این موضوع که از دهه ۱۹۹۰ در دستور کار قرار گرفت، با پیشنهادات مختلفی مواجه شد. از شفافیت بیشتر وجوه انتقالی به دفاتر منطقه‌ای و نحوه استفاده از آن‌ها گرفته تا ایجاد گفت و گوی مالی. نکته دشوار در اینجا این است که در حالی که

شفافیت اجباری است، بیشتر بر اساس تمایل به نشان دادن نتایج به دست آمده با بودجه است. این باعث ایجاد فشار در سازمان برای رسیدن به نتایج در زمان کوتاه می‌شود. با این حال، بسیاری از مشکلات سلامت عمومی را نمی‌توان در مدت زمان کوتاهی به نتیجه رساند. یک گفتگوی مشترک بین سازمان بهداشت جهانی و تامین کنندگان مالی در سال ۲۰۱۳ ایجاد شد و دقیقاً توضیح داده شد تا اطمینان حاصل شود که نتیجه به دست آمده با بودجه داده شده با یکدیگر سازگار است. (Reddy, 2018, 5)

این وضعیت را می‌توان به صورت متناقضی نیز تفسیر کرد. این که کشورها یا مشارکت کنندگان خصوصی می‌خواهند به مراقبت‌های بهداشتی جهانی کمک کنند، اما در هر حال لازم است در مجمع عمومی بهداشت جهانی برای سازماندهی مجدد کمک‌های کشورهای عضو تصمیم‌گیری شود. مگر اینکه این تصمیم گرفته شود، راهی جز مشارکت داوطلبانه وجود ندارد. اصلاحات در بودجه اصلی نشان می‌دهد که در تلاش‌اند تا این کمک‌ها به گونه‌ای انجام شود که برای عموم استفاده شود. اهداف بهداشتی به جای کمک‌های داوطلبانه، این آخرین درخواست از طرف مشارکت کنندگان است. با این حال مشخص نیست که این ایالت‌ها چگونه سایر کمک کنندگان دولتی یا خصوصی را به غیر از کمک‌های داوطلبانه خود به آن ارجاع خواهند داد.

د: سازمان بهداشت جهانی در طول فرآیند همه‌گیری کووید ۱۹

۱: مداخله قانونی برای بیماری‌های همه‌گیر

سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۴ واحد نظارت و کنترل بیماری‌های عفونی نوظهور و سایر بیماری‌های عفونی را برای بهبود ظرفیت مبارزه با همه‌گیری‌ها ایجاد کرد و سیستم‌های نظارت ملی را ایجاد کرد. همچنین در سال ۱۹۹۶ یک برنامه راهبردی تهیه کرد و در سال ۱۹۹۷ تصمیم گرفته شد تا شبکه جهانی هشدار و واکنش شیوع بیماری ایجاد شود. (Isasi, 2005, 504)

با این حال، کار سازمان بهداشت جهانی همه از منابع سستی است. در سال ۱۹۹۶، گروهی از مقامات بهداشت عمومی کانادا، بر اساس تجربه خود در یک شیوع بیماری در هند، مطالعه‌ای را در بخش‌های فدرال در کانادا آغاز کردند. آن‌ها در رقابتی برای تاثیر افزایش استفاده از اینترنت شرکت کردند و اولین شبکه جهانی اطلاعات بهداشت عمومی را تأسیس کردند. هدف آن شناسایی زود هنگام شیوع بیماری با استفاده از منابع خبری در اینترنت بود. بعد از شروع هنگامی

که با مشکل راستی‌آزمایی اخبار مواجه شدند، با سازمان جهانی بهداشت توافق کردند و که کار راستی‌آزمایی را انجام دهند. (weir, 2007, 247)

هدف شبکه جهانی هشدار شیوع بیماری که در سال ۲۰۰۰ با مشارکت صلیب سرخ، یونیسف و بسیاری از آزمایشگاه‌ها و سازمان‌ها ایجاد شد، اطلاع‌رسانی سریع به اعضای یک بیماری همه‌گیر یا فوریت‌های بهداشت عمومی بین‌المللی بود. در این صورت بلافاصله کارشناسان به این منطقه اعزام می‌شوند و با توجه به اطلاعات به دست آمده، برای حل مشکل اقدام خواهد شد. تحقیقات آزمایشگاهی برای عوامل بیماری که خطرات جدی برای سلامتی دارند روش‌های آموزش به شرکت‌کنندگان نیز به عنوان بخشی از این شبکه اجرا شد. (Lawrence, 2012, 23)

در قرن بیستم، به نظر می‌رسید که این امر یک پیروزی بر بیماری‌های عفونی بود. این اشتباه با ظهور پاتوژن‌های جدید مانند HIV/AIDS و SARS ثابت شد. در سال ۲۰۱۵، در یک جلسه تخصصی سازمان بهداشت جهانی مشخص شد که هشت عامل بیماری‌زا وجود دارد که هیچ راه درمان موثری ندارند و می‌توانند باعث ایجاد اپیدمی شوند. این بیماری‌ها به‌عنوان ابولا، تب خونریزی‌دهنده کریمه‌کنگو، ماربورگ، لاسا، مرس و سارس، تب دره ریفت و بیماری‌های کرونا شناسایی شدند که همگی توسط ویروس‌ها ایجاد می‌شوند. (Sweileh, 2017, 19)

از نظر سازمان بهداشت جهانی چهارچوب اصلی برای مبارزه با انواع اپیدمی‌ها توسط مقررات بین‌المللی بهداشت در سال ۲۰۰۵ تعیین شده. وضعیت پیش از به‌روزرسانی، تعیین کنترل‌هایی بود که باید در مرزها بر اساس فهرستی از تعداد محدودی از بیماری‌ها انجام شود. در سال ۱۹۵۱، مجمع عمومی بهداشت سازمان جهانی بهداشت با استفاده از اختیارات خود در ماده ۲۱، مقررات بین‌المللی بهداشت را تصویب کرد که توافقات انجام شده قبل از خود را به‌عنوان راهنما در نظر گرفت که در سال ۱۹۶۹ به مقررات بین‌المللی بهداشت تغییر نام داد اما در سال ۱۹۷۳ و ۱۹۸۱ با انجام اصلاحات جزئی تغییر کرد و با ایجاد یک مکانیسم نظارتی که هدف آن به اشتراک‌گذاری اطلاعات بین‌المللی گسترش یافته برای شش بیماری در ابتدا و سه بیماری در نسخه نهایی بود پرداخت.

کشورهای عضو موظف بودند هر گونه وقوع وبا، طاعون یا تب زرد در کشورشان را به سازمان جهانی بهداشت اطلاع دهند. سازمان بهداشت جهانی این اطلاعیه را همراه با اقداماتی که

توصیه می‌کرد به سایر کشورها گزارش می‌کرد. دامنه اقدامات، آنچه باید از نظر بهداشت عمومی انجام شود و در قالب قوانینی بود که در حمل و نقل بین‌المللی اعمال می‌شد. (Aginam, 2004: 65)

با نگاهی به نتایج این مقررات، می‌توان مشاهده کرد که کشورهایی که این بیماری برای اولین بار در آن مشاهده شد، تمایلی به گزارش نداشتند. ترس از مواجهه با اقدامات افراطی بسیار زیاد بود و اقدامات قبلی نشان می‌داد که این ترس بی‌اساس نیست. ثانیاً تأثیرات آن محدود بود، زیرا فقط به سه بیماری محدود می‌شد و در مورد بیماری‌های نوظهور صدق نمی‌کرد. سوم، بسیاری از کشورهای عضو سازمان بهداشت جهانی ظرفیت نظارت بر شیوع احتمالی را نداشتند. واضح بود که مقررات جدید و جامع‌تری لازم است.

با اصلاحات سال ۲۰۰۵، این سیستم محدود با یک سیستم همکاری بین‌المللی جدید بر اساس گزارش برخی از سندرم‌ها جایگزین شد. (مقررات بین‌المللی بهداشت، ۲۰۰۵) این سندرم-ها در شش دسته جمع‌آوری شدند: سندرم تب خونریزی دهنده حاد، سندرم حاد تنفسی، سندرم اسهال حاد، سندرم بدبینی حاد، سندرم حاد عصبی، سندرم‌های قابل توجه دیگر. اولین مورد باید فوراً گزارش می‌شد، در حالی که سایر موارد، از جمله ویروس کووید ۱۹، در صورت شناسایی مجموعه‌ای از موارد نگرانی فوری بین‌المللی باید گزارش می‌شد. اورژانس بین‌المللی مهم بودن یا نبودن آن با توجه به پنج عامل ارزیابی می‌کند که عبارتند از: گسترش سریع در جامعه، نرخ بالای غیرمنتظره مرگ و میر، وجود سندرم تازه شناسایی شده، مشخصات سیاسی و رسانه‌ای بالا، محدودیت‌های تجارت سفر. یکی دیگر از اختیاراتی که سازمان بهداشت جهانی با این مقررات به دست آورده است، قدرت درخواست اطلاعات از کشورهای عضو در مورد داده‌ها از منابع معتبر غیر از کشورهای عضو است. مراکزی که با سازمان جهانی بهداشت، سازمان‌های غیردولتی، رسانه‌ها، سایر سازمان‌های بین‌المللی و کشورهای غیرعضو همکاری می‌کنند، به عنوان منابع معتبر پذیرفته شده‌اند.

۲: همه‌گیری کووید ۱۹

بیانیه سازمان جهانی بهداشت در مورد اولین شیوع این بیماری همه‌گیر در طول زمان تغییر کرد. بر اساس اطلاعات اولیه، این بیماری که در شهر ووهان چین پدیدار شد و به علت نامعلومی

ذات الریه اعلام شد، برای اولین بار در ۳۱ دسامبر ۲۰۱۹ به دفتر کشوری سازمان بهداشت جهانی در چین گزارش شد. این دفتر اظهار داشت که بیانیه مطبوعاتی کمیسیون بهداشت را در وب سایت آن‌ها دیده و آن را در همان روز به واحد اجرای مقررات بین المللی بهداشت در دفتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی غربی اقیانوس آرام گزارش کرده است. در ۱ ژانویه ۲۰۲۰، سازمان بهداشت جهانی از مقامات چینی در مورد موارد ذات الریه غیر معمول در ووهان و آمادگی برای واکنش اضطراری اطلاعاتی در این زمینه درخواست کرد و تیم پشتیبانی مدیریت پرونده را بسیج کرد. در ۲ ژانویه، نماینده سازمان بهداشت جهانی در چین حمایت این سازمان را آشکار کرد و یک بار دیگر خواستار اطلاعات بیشتر در مورد موارد شد. به نظر می‌رسد که چین گزارش موردی خود را در ۳ ژانویه به سازمان بهداشت جهانی ارائه کرده است. (خط زمانی کووید-۱۹)

این واقعت که اطلاعیه موردی که گفته می‌شد چین در ۳۱ دسامبر در بیانیه اول به سازمان بهداشت جهانی ارسال شده بود، در واقع در ۳ ژانویه انجام شده و ماه‌ها بعد توسط سازمان بهداشت جهانی تصحیح شده است، مبنای این انتقاد را ایجاد کرد که این سازمان اطلاعات صحیحی را ارائه نکرده است، اگرچه به نظر نمی‌رسید بر روند واکنش به بیماری همه گیر تأثیر بگذارد.

سازمان بهداشت جهانی در ۴ ژانویه ۲۰۲۰ اعلام کرد که وضعیت را رصد کرده و اطلاعات را به اشتراک خواهد گذاشت. در واقع از آن زمان تاکنون هر روز یک فعالیت اطلاع رسانی بسیار جامع از جمله شیوع بیماری همه گیر، تعداد موارد، توصیه‌ها و توصیه‌های مختلف به کشورهای عضو، اطلاع رسانی به مردم و آموزش‌های ویژه برای سلامت انجام می‌دهد و همچنین پشتیبانی فنی، تجهیزات، دارو و کیت تشخیصی را به کشورهای عضو درخواست کننده ارائه می‌کند.

اطلاعاتی که سازمان بهداشت جهانی روزانه در مورد توسعه این بیماری همه گیر ارائه می‌دهد، هم داده‌های مربوط به گسترش بیماری را جمع‌آوری و افشا می‌کند و هم به کشورهای عضو در مورد تشخیص، درمان و غیره بیماری اطلاع می‌دهد و توصیه‌هایی را صادر می‌کند. مرجع اصلی بیماری‌های همه گیر کرونا، ویروس قبلی سارس و مرس بوده است. در ۱۳ ژانویه، اولین مورد در خارج از چین در تایلند گزارش شد. در ۲۰ ژانویه، در مجموع ۲۸۲ مورد، ۲۷۸ مورد در چین، ۲ مورد در تایلند، ۱ مورد در ژاپن و ۱ مورد در کره جنوبی شناسایی شد و همه موارد خارج از چین از آنجا آورده شدند. به عبارت دیگر، انتقال در کشورهای مبتلا دیده نشده بود هیتی از

سازمان بهداشت جهانی در ۲۱ ژانویه از ووهان بازدید کرد و این سازمان اولین گزارش وضعیت بیماری خود را منتشر کرد. هنگامی که موارد در کره جنوبی، ژاپن و سنگاپور ظاهر شد، کمیته اضطراری ۲ روز بعد تشکیل شد، اما این جلسه بدون اعلامیه به پایان رسید.

در ۲۴ ژانویه، اولین مورد انتقال در خارج از چین از ویتنام گزارش شد. در ۲۵ ژانویه، سازمان بهداشت جهانی اولین مطالب اطلاعاتی در مورد کروناویروس جدید را منتشر کرد. در ۲۷ ژانویه، با تنها ۲۷۹۸ مورد در سراسر جهان، این سازمان سطح خطر جهانی را "بالا" اعلام کرد. تنها ۳۷ مورد از موارد خارج از چین بود، اما اولین موارد در کشورهای مستقر در سه دفتر منطقه‌ای مجزای سازمان بهداشت جهانی مانند ایالات متحده آمریکا، استرالیا، فرانسه، کانادا، مالزی و نپال ظاهر شد.

در ۳۰ ژانویه، تصمیم مهمی در توسعه اپیدمی تصویب شد و تشکیل کمیته اضطراری توسط سازمان بهداشت جهانی اعلام شد. مبنای این تصمیم این بود که طی یک ماه موارد از پنج منطقه گزارش شد. این کمیته غربالگری و تشخیص زودهنگام، درمان و جداسازی موارد، پیگیری افرادی که بیماران با آن‌ها در تماس بودند و اقدامات فاصله فیزیکی را توصیه کرد که این اقدامات مشابه اقدامات در همه گیری سارس است. در اول فوریه، اولین انتقال نسل سوم خارج از چین در آلمان شناسایی شد. علاوه بر این، اولین موردی که این بیماری از کشوری غیر از چین آورده شده بود، به عنوان موردی که از ژاپن به کره جنوبی آورده شده بود، مشخص شد. در ۲ فوریه اولین خبر مرگ در خارج از چین از فیلیپین منتشر شد که در ۱۱ فوریه، سازمان بهداشت جهانی این بیماری را کووید ۱۹ نامید.

در ۱۲ فوریه، ۴۰۰ کارشناس و سرمایه‌گذار گرد هم آمدند و اولویت‌هایی را برای تسریع تحقیقات برای مهار اپیدمی کووید ۱۹ تعیین کردند. کیت‌های تشخیصی با کاربرد آسان، تسریع ساخت واکسن‌های احتمالی و در دسترس، و پیشگیری از انتقال ویروس در دستور کار آنان قرار گرفت. در همان روز، تیم مدیریت بحران، سازمان بهداشت جهانی، یونیسف، ایکائو، فائو، بانک جهانی و واحدهای مختلف دبیرخانه سازمان ملل متحد را با هدف تمرکز بر سلامت گرد هم آورد. در حالی که سازمان‌ها و واحدهای دیگر در حال کار بر روی تأثیرات این بیماری همه گیر بر شرایط اجتماعی، اقتصادی بودند یک برنامه جلسه مجازی دو بار در هفته راه اندازی شد، علاوه بر این، شبکه‌های اطلاعاتی ایجاد شده برای سایر بیماری‌ها شروع به فعالیت کردند.

در ۱۷ فوریه، سازمان بهداشت جهانی بر اساس تجربه‌های ناشی از شیوع ابولا، هشدار برای تجمعات گروه‌های بزرگ صادر کرد و توصیه‌های خود را برای تشخیص و مراقبت از بیماران شرکت کننده ارائه کرد و در ۱۸ فوریه تجهیزات حفاظت فردی را به ۲۱ کشور ارسال کرد. در ۲۱ فوریه، مدیرکل هشدار مهمی داد و اظهار داشت که پنجره فعلی برای مهار این بیماری همه گیر در حال کاهش است و جامعه بین المللی باید به سرعت وارد عمل شود. در ۲۲ فوریه، سازمان بهداشت جهانی اولین راهنمای بازبینی فنی و پروتکل هایی را منتشر کرد که باید برای نظارت بر محیط‌هایی که در آن آلودگی رخ می‌دهد دنبال شود. در ۲۴ فوریه، تیم کارشناسان به ایتالیا رفتند. در ۲۵ فوریه، ۲۵ کارشناس بین المللی و چینی به مناطق مختلف چین سفر کردند و مشخص کردند که بین ۲۳ ژانویه تا ۲ فوریه، اپیدمی در آنجا به اوج خود رسیده و تثبیت شده است و از آن زمان تعداد آن‌ها کاهش یافته است همچنین راهنمای کسب و کار و کارفرمایان در تاریخ ۲۶ فوریه منتشر شد.

در ۲۸ فوریه، موارد جدید در خارج از چین از موارد جدید در چین پیشی گرفت و سازمان بهداشت جهانی سپس خطر جهانی را به "بسیار بالا" رساند. همچنین شروع به انتشار قالب گسترش خود در کشورها کرد. در این جدول اول، مواردی وجود داشت که به عنوان "موارد وارد شده از طریق سفرهای خارجی" و "آلودگی محلی" طبقه بندی شده بودند. در ۵ مارس، یک کمپین رسانه‌های اجتماعی برای اقدامات احتیاطی راه اندازی شد. در ۶ مارس، ۹ حوزه اصلی تحقیقاتی شناسایی شد که عبارتند از: تاریخچه طبیعی ویروس، اپیدمیولوژی، تشخیص، مدیریت بالینی، مسائل اخلاقی و علوم اجتماعی، درمان طولانی مدت و واکسن. در ۷ مارس، تعداد موارد جهانی از ۱۰۰۰۰۰۰ گذشت. در ۱۱ مارس، سازمان بهداشت جهانی برای اولین بار بیماری کروناویروس را همه گیر اعلام کرد. پیشرفت قابل توجه در تصویر نحوه انتقال این بود که هر کشور دارای موارد از سطوح پایین تر انتقال به شکلی از "انتقال محلی" حرکت کرد. در ۱۶ مارس، تعداد کل موارد مرگ و میر در خارج از چین از چین بیشتر شد، و تاکید شد که حتی موارد خفیف نیز باید جدا شوند.

در تمام این مدت، سازمان بهداشت جهانی به آموزش متخصصان مراقبت های بهداشتی و اطلاع رسانی به مردم ادامه داد و همچنین نقش خود را به عنوان راهنما از نظر تشخیص و درمان و گرد هم آوردن کشورهای عضو ادامه داد. سازمان بهداشت جهانی در ۲۵ آوریل اعلام کرد که هیچ

داده‌ای در دسترس نیست و کیت های تشخیصی، داروها و تجهیزات حفاظتی را به کشورهای ارسال کرده است که سیستم های بهداشتی کافی ندارند. این سازمان به وظیفه خود در زمینه اطلاع رسانی و راهنمایی در مورد مطالعات واکسن ادامه داد همچنین با سایر نهادها و سازمان‌های مرتبط در زمینه ایمنی مواد غذایی، حمل و نقل بین المللی و تجارت همکاری می‌کند.

در ۳ آوریل، مدیر کل سازمان بهداشت جهانی و مدیر صندوق بین المللی پول، یک کنفرانس مطبوعاتی با هم برگزار کردند و در مورد اثرات اقتصادی و برنامه های رفاه اجتماعی صحبت کردند. در ۲۲ مه، مدیر کل سازمان بهداشت جهانی، مدیر کل سازمان بین المللی کار و دبیر کل سازمان بین المللی دریانوردی گرد هم آمدند تا بیانیه مشترکی در مورد گواهی سلامت دریانوردان، شرایط بهداشتی در کشتی‌ها و استفاده ارائه دهند. بانک سرمایه گذاری اروپا و سازمان جهانی بهداشت توافق نامه ای را برای تسریع سرمایه گذاری در زمینه آمادگی و مراقبت‌های بهداشتی اولیه در کشورهای آسیب پذیرتر به این بیماری همه گیر امضا کردند.

۳. همه گیری کووید ۱۹ و انتقاد از ایالات متحده

در حالی که مبارزه با کووید-۱۹ ادامه دارد، در ۱۴ آوریل، ایالات متحده تصمیم گرفت بودجه ارائه شده به سازمان بهداشت جهانی را متوقف کند (اطلاعیه مطبوعاتی ترامپ، ۲۰۲۰). رئیس جمهور سابق آمریکا، ترامپ، نگرش انتقادی خود را نسبت به این سازمان که در سراسر آوریل حفظ کرده بود، با بیانیه خود در ۱۹ مه مبنی بر خروج ایالات متحده از این سازمان را به بالاترین حد رساند. دامنه انتقاد رئیس جمهور سابق ایالات متحده (نامه ترامپ، ۲۰۲۰) را می‌توان در چند عنوان گردآوری کرد.

برخی از این انتقادات مبتنی بر این ادعاست که چین داده‌ها را مخفی می‌کند، اگر چنین وضعیتی وجود داشته باشد، سازمان بهداشت جهانی کاری جز توضیح آن ندارد. دلیل تردید وی در این مورد ممکن است این باشد که کشورهای عضو در مبارزه با بیماری همه گیر به همکاری به ویژه در جریان نمونه و داده ها نیاز دارند. همچنین در نمونه‌های قبلی دیده شده است که سازمان جهانی بهداشت موضع انتقادی علیه کشورهای عضو ندارد، حتی اگر در سطح کافی همکاری نکند و اطلاع‌رسانی که در موارد اپیدمی واجب است را انجام ندهند زیرا سازمان بهداشت جهانی سازمانی است که در تمامی فعالیت های خود از داده های کشورهای عضو استفاده می‌کند و فعالیت آن بر اساس همکاری آنها است. (Isasi, 2005, 510) این انتقاد که تیم کارشناسی می-

تواند ۲۵ بهمن ماه به چین برود و تنها در آخرین روز خود وارد ووهان شود و دو عضو آمریکایی این تیم اصلاً اجازه ورود ندارند را می‌توان در همین چارچوب ارزیابی کرد.

این وضعیت جدیدی نیست که برخی از کشورهای عضو تلاش می‌کنند اپیدمی‌هایی را که در کشورهایشان به وجود آمده است پنهان کنند. به منظور جلوگیری از این امر، سازمان بهداشت جهانی با سازمان‌های غیردولتی مستقل بهداشتی همکاری می‌کند و در صورت لزوم می‌تواند اطلاعات مربوط به این موضوع را از کشور عضو مربوطه درخواست کند. تجارب سارس، مرس و ابولا به وضوح نشان می‌دهد که کشورها همه‌گیری‌ها را پنهان می‌کنند. همچنین می‌توان در این زمینه در نظر گرفت که چین اطلاعات را در تاریخ ۳ ژانویه ۲۰۲۰ به سازمان بهداشت جهانی داده است، نه در ۳۱ دسامبر ۲۰۱۹ و تنها زمانی این کار را انجام داد که سازمان بهداشت جهانی دو روز متوالی در مورد این موضوع اطلاعاتی را درخواست کرد. از سوی دیگر، از آنجایی که مقامات چینی اولین اطلاعیه در مورد این همه‌گیری را در یک وب‌سایت رسمی دولتی اعلام کردند، می‌توان ادعا کرد که به جای تلاش ویژه برای پنهان کردن، تعهد خود را برای اطلاع‌رسانی به سازمان بهداشت جهانی انجام نمی‌دهد. در واقع، مجله پزشکی "Lancet" اعلام کرد که ادعای آن‌ها مبنی بر اینکه آن‌ها در ماه دسامبر در مورد این موضوع خبری منتشر کرده‌اند صحت ندارد و اولین خبر در این مجله به تاریخ ۲۴ ژانویه است. با این حال، مقامات سازمان بهداشت جهانی باید توضیح دهند که چرا تاریخ اعلامیه کشور را ۳۱ دسامبر در وب‌سایت خود اعلام کردند. این انتقادی است که سازمان از همان ابتدا فاش نکرد که موارد را از دفتر کشور چین، منابع مستقل و از طریق درخواست اطلاعات خود دریافت کرده است و چین آن را ۳ روز بعد تایید کرده و ماه‌ها بعد تاریخ را اصلاح کرده است. اگر حقیقت در مورد چنین موضوع چندان مهمی گفته نشود، این سؤال مطرح می‌شود که ممکن است در سایر موارد در طول فرآیند، دانسته یا ناآگاهانه حقیقت گفته نشده باشد.

واضح است که ادعای تأخیر سازمان بهداشت جهانی در هشدار دادن به دنیا معتبر نیست. در ۵ ژانویه، زمانی که این سازمان به جهان هشدار داد، این بیماری در خارج از چین دیده نشده بود. سازمان همچنین در همان روز به کشورها هشدار داد که سیستم‌های اضطراری خود را فعال کنند. وی با آگاهی از اینکه با بیماری ایجاد شده توسط ویروس جدیدی مواجه است که قبلاً هیچ اطلاعی از آن وجود نداشت، اظهار داشت: "متخصصان پزشکی باید در حین کار با این بیماران

احتیاط کنند و خطر انتقال از فردی به فرد دیگر وجود دارد". در ۱۱ ژانویه، هشدارهایی در مورد انتشار توسط قطرات داده شد. حتی ترامپ در ۲۶ فوریه گفت که خطر تهدید ویروس کرونا در مردم آمریکا به لطف اقداماتی که انجام داده اند بسیار کم است. (گروه ویژه کرونا ویروس ایالات متحده، ۲۰۲۰) مدیرکل در ابتدای ماه مارس تاکید کرد که کشورها باید برای یافتن و جداسازی هر مورد اقدام کنند. برای این کار لازم بود آزمایشی با تلاش غربالگری قوی انجام شود. با در نظر گرفتن همه این موارد، نمی توان گفت که سازمان بهداشت جهانی که به دلیل کندی در اپیدمی ابولا در سال ۲۰۱۴ مورد انتقاد قرار گرفت، در تشخیص وضعیت این همه گیری کند بود.

از سوی دیگر، انتقاد ترامپ مبنی بر اینکه اعلام همه گیری دیر انجام شده است، انتقادی اساسی به حساب نمی آید، زیرا چه اعلام یا عدم اعلام همه گیری، چیزی را در زمینه مبارزه با ویروس تغییر نمی دهد. با این حال، اعلام همه گیری به طور کامل به دستورالعمل های توسعه یافته در سازمان بستگی دارد و هیچ مرجع الزام آوری را بر سازمان بهداشت جهانی تحمیل نمی کند. دلایل این برخورد کمیته اضطراری که در این زمینه دارای صلاحیت است طبیعتاً باید بررسی شود. دلیل این امر نیز ممکن است اجتناب از اتخاذ موضعی باشد که به این امر منجر شود، زیرا به نظر می رسد دولت ها تمایل به اعمال محدودیت های مسافرتی و تجاری به ویژه بر اساس این اطلاعیه دارند.

در حالی که سازمان بهداشت جهانی محدودیت سفرهای داخلی چین را تحسین کرد، از بسته شدن ایالات متحده برای سفر از چین انتقاد کرد و در ۳ فوریه گفت که محدودیت های سفر بیشتر از اینکه مفید باشد ضرر دارد. این وضعیت که ترامپ به عنوان یک انتقاد بیان کرد، ممکن است ناشی از پرهیز از موانع غیر ضروری برای تجارت و سفر بین المللی باشد. همانطور که در شیوع های قبلی دیده شد، سازمان بهداشت جهانی با مأموریت خود از تاریخ قبل از تأسیس، همیشه به محدودیت های عمومی سفر یا حمل و نقل نگاه منفی می کند. قوانین قرنطینه برای جلوگیری از اقدامات برای جلوگیری از تجارت بین المللی تدوین شده است. همچنین کشورها با اعلام شیوع ابولا به ممنوعیت های عمومی سفر و سایر اقدامات شدید متوسل شده اند (Worsnop, 2017: 7) و یکی از دلایل عدم اعلام این خبر در اولین جلسه کمیته اضطراری شاید تلاش برای جلوگیری از این وضعیت باشد. در مورد محدودیت سفر در داخل چین، انتظار می رفت که سازمان بهداشت جهانی در مورد آن اظهار نظر نکند، زیرا این تصمیم در داخل

مرزهای ملی این کشور بود. جای تعجب نیست که اطلاعات کمی در مورد میزان شیوع این بیماری وجود دارد و در سطح بین‌المللی در برابر چنین محدودیتی فاش نشده است. اما با این حال، پس از پایان همه‌گیری باید به طور جداگانه ارزیابی شود.

انتقاد از اینکه سازمان بهداشت جهانی از وضعیت آگاه بوده و قبل از نامه کشورهای آفریقایی که در ۱۱ آوریل شکایتی را به دلیل برخورد تبعیض آمیز با اتباع آن‌ها که در چین کار می‌کنند، اظهار نظر نکرده است، یکی از مواردی است که نیاز است پس از همه‌گیری مورد بررسی قرار گیرد. افرادی موضع سازمان بهداشت جهانی را در ارتباط بین سلامت و حقوق بشر به دلیل عدم تمایل آن به دخالت در مسائل سیاسی به عنوان یک سازمان فنی تفسیر می‌کنند، اما این موضع قابل دفاع نیست. در واقع، سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است که ارزیابی پس از اقدام پس از شرایط بحران انجام خواهد شد.

انتقادات ترامپ از نفوذ چین بر سازمان بهداشت جهانی را می‌توان در زمینه‌های متفاوتی ارزیابی کرد. با این حال، روابط سیاسی و اقتصادی بین دو کشور موضوع مطالعه دیگری است. ترامپ بیانه‌هایی را بیان کرد که ارزش‌های دیگر سازمان‌های بین‌المللی از جمله سازمان ملل را زیر سوال برد، از سازمان تجارت جهانی انتقاد کرد و پس از آن با سازمان قطع همکاری نمود.

نتیجه‌گیری

شاید یکی از مشهورترین نظرات در طول همه‌گیری کووید ۱۹ این باشد که در چنین شرایطی، همکاری در سطح جهانی ضروری است. تحقق این تعبیر که می‌توان آن را کلیشه‌ای دانست، بحث دیگری است. زیرا اولین دغدغه دولت‌ها در این مورد جلوگیری از ورود این بیماری همه‌گیر به کشورشان است. این نگرانی همانطور که همیشه مشاهده می‌شود باعث می‌شود که شدیدترین اقدامات علیه کشورهای که اپیدمی در آنها منشا یا گسترش یافته است انجام شود. سازمان بهداشت جهانی با انتقادات زیادی روبرو شده است که برخی از آن‌ها مدت‌هاست بیان شده و برخی جدیداً در طول فرآیند همه‌گیری کرونا به میان آمده است. با این حال، وقتی صحبت از اصلاحات به میان می‌آید، به نظر می‌رسد رسیدن به اجماع در مورد چگونگی انجام این امر دشوار است. در طول سال‌ها، پیشنهادات زیادی ارائه شده است، از ایجاد یک سازمان جدید برای جایگزینی سازمان بهداشت جهانی تا کنار گذاشتن مدل سازمان که در آن کشورهای عضو تعیین شده‌اند و جایگزینی آن با مدل دیگری که بر بازیگران غیردولتی متمرکز دارد.

سازمان بهداشت جهانی عادت کرده است که به مسائل، مشکلات یا انتقادات جدید در زمینه کاری با توصیه های دبیرخانه به جای مقررات الزام آور پاسخ دهد. این وضعیت را نباید جدا از ابتکارات اصلاحی که در سیستم سازمان ملل در دهه ۱۹۹۰ ظهور کرد، در نظر گرفت. در نظام سازمان ملل متحد در سطح معاهده موسس تغییراتی ایجاد نشد، اما تغییرات زیادی در سطح اداری به ویژه دبیرکل سازمان ملل ایجاد شده است. در حالی که هدف اصلی از یک طرف ارائه یک مدیریت مؤثرتر است، هدف فرا اساسی آنها کاهش هزینه ها است. اما باید اذعان داشت که تنها مشکل، صرفاً مشکل مالی نیست. در طول شیوع سارس، ابولا و کووید-۱۹، سه فرد مختلف که مدیر کل بودند، سه رویکرد متفاوت برای مدیریت شیوع داشتند. بیشترین انتقاد از این ها نسبت به مدیریت ابولا است که می خواستند تقریباً همه گیری را نادیده بگیرد. در طول اپیدمی سارس، مدیر کل بروتلند توصیه هایی را به کشورهای عضو ارائه کرد، اگرچه هنوز از اختیارات قانونی برخوردار نبود. مدیریت سازمان بهداشت جهانی در زمینه استفاده از فناوری و اطلاع رسانی افکار عمومی جهان عملکرد خوبی از خود نشان داد، اما رویکردی را مطرح نکرد که هیچ کشور عضو سازمان جهانی بهداشت را مورد انتقاد قرار دهد یا به شدت به آن جهت دهد، برعکس، ترجیح داد تأکید کند که قدرت در دست دولت هاست.

با این حال، این رویکرد این تفسیر را که سازمان بهداشت جهانی تحت نفوذ چین است توجیه نمی کند. سازمان بهداشت جهانی قدرت و اداری کردن کشورها را ندارد. اگرچه مقررات بین المللی بهداشت در سال ۲۰۰۵ حوزه اختیارات خود را از نظر اپیدمی گسترش داده است، اما محتوای آن ها را تغییر چندانی نداده است. اطلاعاتی که دولت ها در مورد اینکه آیا آن ها به تعهدات خود عمل می کنند یا خیر، به گزارش ها بستگی دارد. اما عاملی که باعث شد رویکرد مدیرکل تعیین کننده باشد، دقیقاً پرهیز سازمان از پذیرش اسناد یا مقررات الزام آور و تلاش برای انجام وظایف خود با توصیه هایی در سطح دبیرخانه است که نتایج آن به وضوح در اپیدمی ابولا در سال ۲۰۱۴، از نظر سرعت در روند همه گیری کووید-۱۹ مشکلی نداشت. با این حال، اظهارات و توصیه هایی که هر از گاهی با یکدیگر در تضاد بودند و داده های مربوط به روند شروع همه گیری بعداً تغییر کرد. شاید این وضعیت در آینده نیاز به تغییر داشته باشد.

قدرت اعلام و توانایی به دست آوردن اطلاعات از طریق بازیگران غیردولتی تغییرات مهمی است که توسط منشور سال ۲۰۰۵ معرفی شده است و فعالیت نظارت بر بیماری همه گیر سازمان

را موثرتر کرده است. با این حال، شیوع ابولا نشان داده است که وجود این احتمالات موفقیت را تضمین نمی‌کند. در ارزیابی‌های انجام شده پس از این همه‌گیری، راه‌حل‌های مختلفی از جمله ایجاد دفاتر یا کمیته‌های جدید و غیرسیاسی برای ارزیابی شرایط اضطراری بهداشتی، تأمین بودجه اضطراری برای اطمینان از واکنش سریع، مشوق‌هایی برای اطمینان از اطلاع کشورهای عضو به موارد نوظهور پیشنهاد شد. با این حال، کشورهای عضو افزایش سهم خود از بودجه را نپذیرفتند، سازمان را به کمک‌های داوطلبانه وابسته نگه داشتند و کار مورد نیاز برای غربالگری‌های بهداشت جهانی را از بودجه محروم کردند. زمان نشان خواهد داد که آیا این وضعیت پس از روند همه‌گیری تغییر خواهد کرد یا خیر.

در صورت لزوم، واضح است که سازمان جهانی بهداشت در این فرآیند از تمام ابزارهایی که در اختیار دارد استفاده می‌کند و اطلاعات مستمر و منظم را به ویژه برای آموزش کارکنان بهداشتی، ارسال ابزار اولیه پزشکی به کشورهای نیازمند و انتشار صحیح و نه نادرست ارائه می‌کند.



- Aginam, Obijiofor (2004), "Globalization of Infectious Diseases, International Law and the World Health Organization: Opportunities for Synergy in Global Governance of Epidemics," *New England Journal of International and Comparative Law*, 11: 59-74.
- Bashford, Alison (2006), "Global Biopolitics and the History of World Health," *History of the Human Sciences*, 19(1) : 67-88.
- Burci, Gian Luca (2019), "The World Health Organization at 70: Challenges and Adaptation," *International Organizations Law Review*, 16: Cilt 16: 229-241.
- Charles, John (1968), "Origins, History, and Achievements of the World Health Organization," *British Medical Yearbook*, 293-296.
- Garrett, Laurie (2007), "The Challenge of Global Health," *Foreign Affairs*, 86(1): 14-38.
- Howard-Jones, Norman (1981), "The World Health Organization in Historical Perspective," *Perspectives in Biology and Medicine*, 24(3): 467-48.
- Isasi, Rosario M. ve Thu M. Nguyen (2005). *The Global Governance of Infectious Diseases: The World Health Organization and the International Health Regulations*, *Alberta Law Review*, 43(2): 497-510.
- Lawrence, Laci S.. (2012). *Jurisdictional Analysis of WHO and Interpol*. *Journal of Biosecurity, Biosafety and Biodefense Law*, 2: 1-24
- McCarthy, Michael (2002), "A Brief History of the World Health Organization", *The Lancet*, 360: 1111-1112.
- Nakajima, Hiroshi (1997) "Global Disease Threats and Foreign Policy," *Brown Journal of World Affairs*, 4,(1): 319-332.
- Reddy, Srikanth K., Sumaira Mazhar, Raphael Lencucha (2018), "The Financial Sustainability of the World.
- Samancı, Uğur (2016), "Dünya Sağlık Örgütü ve Normatif İşlevi", *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18(1):.55-89.
- Sweileh, Waleed M. (2017), "Global Research Trends of World Health Organization's Top Eight Emerging Pathogens," *Globalization and Health*, 13(9): 1-19.
- Taylor, Allyn (2003), "Global Health Governance and International Law," *Whittier Law Review*, 25(2): 253-272.
- Vaughan, Patrick, et.al (1996)., "Financing the World Health Organisation: Global Importance of Extrabudgetary Funds," *Health Policy*, 35: 229-245.
- Weir, Lorna ve Eric Mykhalovskiy (2007). *The Geopolitics of Global Public Health Surveillance in the Twenty-First Century*. A. Bashford (Der.),

Medicine at the Border: Disease, Globalization and Security, 1850 to Present, (London: Palgrave Macmillan) 240-263.

Worsnop, Catherine Z. (2017), "Provoking Barriers: The 2014 Ebola Outbreak and Unintended Consequences of WHO's Power to Declare Public Health Emergency," *Global Health Governance*, XI(1): 7-26.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی