

سیاست خارجی و امنیت سلامت بین‌المللی

کوروش احمدی^۱

چکیده: بهداشت عمومی طی سال‌های اخیر جایگاه خود را به عنوان یکی از نگرانی‌هایی که سیاست خارجی باید به آن پردازد، تثبیت کرده است. رهبران سیاسی به نحو فزاینده‌ای نسبت به موضوعات مربوط به بهداشت عمومی توجه نشان می‌دهند و شمار نشست‌هایی که طی آن دیپلمات‌ها و کارشناسان بهداشت عمومی برای نیل به هدفی واحد با هم مشارکت می‌کنند، رو به فزونی دارد. اگرچه این همگرایی قطعاً امکاناتی را برای هر دو حوزه و فرصت‌هایی را برای توجه جدی‌تر و تخصیص منابع بیشتر جهت تأمین نیازها در حوزه بهداشت عمومی فراهم ساخته، اما دخالت سیاست خارجی که مبتنی بر منافع ملی است، در حوزه بهداشت عمومی که باید پیگیر ارزش‌های انسانی و مستقل از منافع سیاسی و امنیتی باشد، توأم با نگرانی‌هایی نیز بوده است. هدف این نوشته در درجه اول معرفی مباحث مربوطه طی سال‌های اخیر به‌طور فشرده و سپس بررسی تعامل بین سیاست خارجی و بهداشت عمومی و میزان همکاری‌ها و تعارضات بین این دو حوزه است. این بررسی بر آن است که صرف‌نظر از برخی ابهامات و بعضی تلاش‌ها برای کشاندن بهداشت عمومی به مسیری هم‌سو با منافع ملی برخی از کشورها، می‌توان همگرایی بین سلامت عمومی و سیاست خارجی را در جهت بهبود شرایط بهداشتی در سطوح ملی و بین‌المللی و بیش و کم به سود همه کشورها دانست. هدف دیگر، جلب توجه سیاست‌گذاران ایرانی در هر دو حوزه بهداشت عمومی و سیاست خارجی به تحولات اخیر و تأکید بر لزوم روزآمد کردن نگرش و عمل در این زمینه است.

واژگان کلیدی: امنیت بهداشتی، بهداشت عمومی، آنفلوآنزا.

۱. آقای کوروش احمدی، رایزن بهداشتی نمایندگی جمهوری اسلامی ایران - ژنو kouahmadi@yahoo.com

شروع قرنطینه‌سازی در قرن ۱۴ میلادی را شاید بتوان نقطه شروع بهداشت عمومی جدید دانست. با این حال، سابقه همکاری بین‌المللی برای مهار مخاطرات جهانی علیه بهداشت عمومی به ۱۸۵۱ یعنی زمانی بازمی‌گردد که دولت‌های اروپایی در نخستین کنفرانس بهداشتی بین‌المللی^۱ در پاریس جهت بحث در باره مهار تب زرد و وبا گرد هم آمدند. این نخستین باری بود که دولت‌ها در تلاش برای حفظ بهداشت عمومی، توجه خود را از سطح ملی به سطح بین‌المللی معطوف می‌کردند. قبل از آن تلاش می‌شد تا از طریق برنامه‌های ملی قرنطینه‌سازی با این تهدیدات مقابله شود. اما بسط ارتباطات، از جمله توسعه قطار و کشتی پر سرعت و نیز توسعه تجارت، تکیه صرف بر قرنطینه‌سازی را غیرعملی، غیرمؤثر و ناکارآمد کرده بود. با این نشست و تحولات پیرامون آن مقدمات آنچه که بعداً دیپلماسی بهداشتی بین‌المللی نامیده شد، شکل گرفت.

با خاتمه جنگ جهانی دوم، قانون اساسی سازمان جهانی بهداشت تدوین و در ۱۹۴۸ نافذ شد. در سال ۱۹۵۱ اعضای این سازمان مقررات بهداشتی بین‌المللی^۲ را که در سال ۱۹۶۹ بازنویسی و نام‌گذاری مجدد شد^۳، از تصویب گذراندند. مقررات ۱۹۶۹ عمدتاً در پی آن بود که وبا، طاعون و تب زرد را تحت نظارت و کنترل درآورد و دولت‌ها موارد ابتلای انسانی به این بیماری‌ها در قلمروشان را به سازمان جهانی بهداشت گزارش دهند.^(۱)

دکتر برانتلند،^۴ مدیر کل سازمان جهانی بهداشت از ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۳، از نظر جلب توجه به ابعاد سیاسی و دیپلماتیک بهداشت عمومی پیشگام بود. وی امور مربوط به بهداشت عمومی را اساساً سیاسی دانست و بر لزوم پرداختن به آن در سطوح سیاسی تأکید کرد. وی همچنین طی اقداماتی که از نظر سیاسی حساسیت‌برانگیز بود، با شرکت‌های تولید سیگار درگیر شد و کوشید تا با شرکت‌های معظم داروسازی به فصل

-
1. The First International Sanitary Conference
 2. The International Sanitary Regulations
 3. The International Health Regulations (1969)
 4. Dr. Brundtland

مشترک‌هایی در برخی حوزه‌ها چون «سطح‌بندی قیمت‌ها»^۱، حقوق مالکیت معنوی و نوآوری و به‌ویژه بیماری‌های مغفول مانده^۲ دست یابد.^(۲)

تحول در محتوای سیاست خارجی

سیاست خارجی به معنی مجموعه اصول و اهدافی است که هدایت‌گر فعالیت‌ها و روابط یک کشور در تعاملاتش با دیگر کشورهاست. به‌طور معمول، تدوین سیاست خارجی بر مبنای ملاحظات سیاست داخلی، سیاست‌ها و رفتار دیگر کشورها یا برنامه‌هایی برای پیشبرد طرح‌های ژئوپلیتیک خاص صورت می‌گیرد و معمولاً هدف تأمین امنیت ملی و منافع ملی را از طرق مسالمت‌آمیز تعقیب می‌کند.

تدوین و اعمال سیاست خارجی در چارچوب اصول کلی فوق مانع از آن نبوده که در هر دوره موضوعات تازه‌ای در شمول آن قرار گیرند یا از آن حذف شوند. سیاست خارجی در عصر جدید، یعنی دوران بعد از صلح وستفالی، عمدتاً برای حفظ امنیت ملی و تمامیت ارضی کشورها بدون توسل به زور شکل گرفت. با استقرار صلحی پایدار در حوزه آتلانتیک شمالی بعد از جنگ جهانی دوم و کمتر شدن نگرانی‌های امنیتی در روابط بین کشورها در این حوزه، تجارت و اقتصاد جای خود را به عنوان یکی از اولویت‌های جدید در سیاست خارجی کشورهای این منطقه باز کرد. در دهه ۱۹۸۰ و در پی بروز نگرانی‌های زیست محیطی و افزایش نقش جوامع مدنی و افکار عمومی، محیط زیست نیز به عنوان یکی از موضوعات مهم در چارچوب سیاست خارجی مطرح شد.

بهداشت عمومی یکی از آخرین موضوعاتی است که متناسب با بسط روند جهانی شدن از اهمیت زیادی در دستور کار سیاست خارجی برخوردار شده است. اغلب تعاریفی که برای جهانی شدن ارائه شده در این اشتراک دارند که جهانی شدن یعنی روند به هم پیوستگی فزاینده جوامع بشری به نحوی که تحولی در یک نقطه از جهان بر مردم و جوامع در نقاط دیگر جهان تاثیر بگذارد. در نتیجه، بسیاری از حوزه‌های سیاست عمومی که سنتاً در حوزه سیاست داخلی قرار داشت، اکنون به ماورای مرزها سر ریز کرده و از نظر دامنه و آثار، ابعادی جهانی یافته‌اند؛ تحولی که سیاست‌گذاران در بسیاری از این حوزه‌ها را ناچار از بسط افق‌های خود کرده است.

1. Tiered Pricing
2. Neglected Diseases

جهانی‌شدن با این تعریف، امروزه بیش از هر چیزی در حوزه بهداشت عمومی واقعیت یافته و آن را دستخوش تحول کرده است. چرا که شمار مشکلات بهداشتی که از مرزهای ملی فراتر می‌روند و نیازمند اقدامی در سطح جهانی‌اند رو به افزایش است. اگر چه دولت‌ها همواره سعی دارند که حاکمیت خود را در همه حوزه‌ها، از جمله در ارتباط با مراقبت‌های بهداشتی و سیاست‌گذاری بهداشتی حفظ کنند، اما عوامل تعیین کننده بهداشت عمومی بیش از پیش تحت‌تأثیر متغیرهای جهانی قرار می‌گیرند و کشورها را بیش از پیش برای همکاری با هم جهت حل مشکلات در این حوزه تحت فشار قرار می‌دهند.

ارائه خدمات بهداشتی و پاسخ دادن به بحران‌های بهداشتی در مناطق درگیری و یا مناطقی که از درگیری خارج شده‌اند، نیز از دیگر چالش‌ها در برابر سامانه‌های بهداشتی ملی، سازمان‌های بین‌المللی و نهادهای انسان‌دوستانه است. نظام‌های بهداشتی قوی و منسجم می‌توانند به روند ملت‌سازی کمک کنند و نقش مهمی در تلاش‌ها برای توسعه اقتصادی و اجتماعی ایفا نمایند. این امر به‌ویژه بعد از بروز معضل تروریسم فراملی طی یکی دو دهه اخیر و بهره‌گیری این نوع تروریسم از کشورهای دارای ساختار حکومتی از هم گسسته^۱ یا ضعیف از اهمیت زیادی برخوردار شد و به قرار گرفتن بهداشت عمومی در دستور کار سیاست خارجی کمک کرد.

متناسب با افزایش وابستگی متقابل کشورها به هم، تمامی ابعاد سیاست‌های بهداشتی ملی ابعادی بین‌المللی نیز یافته‌اند و متناسب با افزایش شمار موافقت‌نامه‌های بین‌المللی مربوطه، اثر این موافقت‌نامه‌ها بر سیاست‌گذاری‌ها در سطح ملی نیز افزایش یافته و اثر تحولاتی که در ورای مرزهای ملی رخ می‌دهند، بیش از پیش بر کم و کیف سیاست‌گذاری‌ها در داخل کشورها مشهود است. ضرورت مدیریت این روند و عواقب گسترده‌ای که مسائل بهداشتی می‌توانند برای شرایط اقتصادی، اجتماعی و سیاسی داشته باشند، دیپلمات‌های زیادی را به حوزه بهداشت کشانده و متقابلاً کارشناسان بهداشت عمومی را جذب مباحث دیپلماتیک کرده و مهم‌تر آن که همکاری این دو گروه را بیش از پیش ضروری ساخته است.

البته این نگرانی نیز وجود دارد که توجه سیاست خارجی به بهداشت عمومی ممکن است به یک دستور کار امنیتی تنگ‌نظرانه در چارچوب منافع ملی قدرت‌های بزرگ تقلیل یافته و با مداخلات نظامی مرتبط شود. در این زمینه، مباحث مربوط به «امنیت بهداشتی بین‌المللی» و دیدگاه‌های متعارض در مورد آن قابل توجه است. در مجموع، سه تحول عمده تعامل بین بهداشت عمومی و سیاست خارجی را موجب شده است:

- رشد روند جهانی‌شدن، مرزهای حوزه‌های داخلی و خارجی سیاست‌گذاری را مخدوش و تحولی در نحوه برخورد با موضوعات مربوطه ایجاد کرده است؛
- افزایش وابستگی‌های فزاینده بین بهداشت و امنیت و سیاست خارجی موجب شده تا سیاست‌گذاری در یک حوزه نتواند مستقل از حوزه‌های دیگر صورت گیرد؛

- حادثه ۱۱ سپتامبر ۲۰۰۱ نیز هم به خاطر شیوع عمدی میکروب سیاه زخم که در پی آن رخ داد و هم به دلیل آشکار شدن ضرورت جلوگیری از فروپاشی ساختارهای حکومتی در جوامع عقب مانده و تبدیل آن‌ها به پایگاه‌های تروریستی به اهمیت یافتن بهداشت عمومی در دستور کار سیاست خارجی و امنیتی کمک کرد.

«رخدادها در حوزه بهداشت عمومی»^۱ و سیاست خارجی

تردد و تحرک بسیار زیاد در جهان امروز و به هم‌وابستگی و در هم‌تنیدگی فزاینده جوامع کنونی فرصت‌های بسیار زیادی برای گسترش سریع بیماری‌های عفونی و تهدیدهای ناشی از تشعشعات هسته‌ای و انواع سموم فراهم آورده است. عوامل بیماری‌زا در جهان امروز می‌توانند بسیار سریع‌تر از هر زمان دیگری در تاریخ بشر جابه‌جا شوند. مطابق آمار، برآورد شده که در فوریه ۲۰۱۰، ۲۷۲/۷ میلیون مسافر توسط پروازهای تجاری جابه‌جا شده‌اند.^(۳) چنین حجم بالایی از تردها امکان می‌دهد تا بروز ناگهانی یک بیماری در یک نقطه از جهان به راحتی به هر نقطه دیگر منتقل شود. در مقام مقایسه، با آنکه در ۱۹۱۸ میزان سفرها و تحرکات در سطح جهانی بسیار کمتر از دوران

۱. اصطلاح Public Health Events در مقررات بهداشتی بین‌المللی ۲۰۰۵ به کار رفته و هدف آن بوده تا طیف وسیعی از تهدیدات بهداشتی، نه فقط بیماری‌ها، لحاظ شود.

کنونی بود، با این حال شیوع یک آنفلوآنزای پاندمیک در آن تاریخ موجب ابتلای حدود یک‌سوم جمعیت جهان شد که به مرگ بین ۱۰ تا ۲۰ درصد مبتلایان انجامید. برآورد کنونی حاکی از آن است که در اثر این بیماری باید بین ۵۰ تا ۱۰۰ میلیون نفر در سراسر جهان مرده باشند.^(۴) در جهان امروز نه تنها بیماری‌ها سریع‌تر منتقل می‌شوند بلکه انواع جدیدی از بیماری‌ها نیز بیشتر و سریع‌تر از گذشته ظاهر می‌شوند. از دهه ۱۹۷۰ به این سو به نحو بی‌سابقه‌ای هر ساله یک بیماری جدید یا بیشتر مانند ایدز، سارس و ... در سال ظاهر شده است. بر مبنای گزارش سازمان جهانی بهداشت در حال حاضر ۴۰ بیماری وجود دارد که یک نسل قبل شناخته شده نبودند.^(۵) به این ترتیب، کسب آمادگی در سطح ملی و بین‌المللی باید نه تنها برای مقابله با حوادث شناخته شده و محتمل بلکه برای مقابله با تهدیدات نامعلوم نیز که بدون هر گونه پیش‌آگهی بروز می‌کنند، صورت گیرد.

علاوه بر بیماری‌هایی که می‌توانند به سرعت همه‌گیر شوند، بیماری‌هایی که از طریق زنجیره رو به گسترش تولید صنعتی مواد غذایی ایجاد می‌شوند، ره‌اشدن تصادفی عوامل بیماری‌زا از آزمایشگاه‌ها و نیز پخش عمدی این عوامل که زمانی غیرقابل تصور می‌نمود، از دیگر تهدیدات بهداشتی در دوره کنونی‌اند که فعالان حوزه بهداشت عمومی باید برای مقابله با آنها آماده باشند. حوادث هسته‌ای و شیمیایی که معروف‌ترین آنها در چرنوبیل و بوپال هند رخ داد، مسائل ناشی از دفن زباله‌های شیمیایی و سمی، مانند حادثه سال ۲۰۰۶ در ساحل عاج که موجب مسمومیت ۹۰ هزار نفر و مرگ چندصد نفر شد، مسائل ناشی از فجایع زیست‌محیطی مثل گرمای زیاد در اروپا در ۲۰۰۳ که مرگ ۳۵۰۰۰ نفر را در پی داشت و مرگ ۱۷۰۰ نفر در سال ۱۹۸۶ در آفریقای مرکزی در اثر نشست گاز از دریاچه آتشفشانی Nyos نمونه‌های دیگری از این قبیل مخاطرات هستند. به همین دلیل در مقررات بهداشتی بین‌المللی ۲۰۰۵ از عبارت عام «رخدادها در حوزه بهداشت عمومی» سخن رفته است.

به موازات افزایش نگرانی‌های ناشی از طیف گسترده‌ای از «رخدادها در حوزه بهداشت عمومی» تعامل بین بهداشت عمومی و سیاست خارجی طی یکی دو دهه گذشته نیز از رشد محسوسی برخوردار بوده است. شورای امنیت به عنوان مهم‌ترین نهاد چندجانبه مسئول حفظ صلح و امنیت بین‌المللی طی نشست‌های علنی در ۱۰ ژانویه سال

۲۰۰۰ اثرات ایدز بر صلح و امنیت در آفریقا را مورد بحث قرار داد. این نخستین باری بود که شورای امنیت یک موضوع بهداشتی را به عنوان تهدیدی علیه صلح و امنیت بین‌المللی در دستور کار خود قرار می‌داد. کوفی عنان، دبیرکل وقت سازمان ملل، طی سخنانی در این جلسه تصریح کرد که ایدز در آفریقا کمتر از جنگ ویران‌گر نبوده و این بیماری در حال ایجاد بحران‌های اقتصادی و اجتماعی گسترده‌ای در این قاره است که به نوبه خود ثبات سیاسی را تهدید می‌کند. ال گور، معاون وقت رئیس‌جمهور آمریکا، نیز طی سخنانی این نشست شورا را مثالی دانست در تأیید لزوم «دیدن امنیت از خلال منشوری جدید و وسیع‌تر و تفکر در مورد آن بر مبنای یک تعریف جدید و گسترده‌تر».^(۶)

چنین تعاریف جدید و موسعی از امنیت و منافع ملی از جمله به قرار گرفتن بهداشت عمومی در دستور کار سیاست خارجی کمک نمود. این تحول ناشی از شرایطی بود که تفاوتی اساسی با شرایط ۱۹۴۶ یعنی سال تأسیس سازمان جهانی بهداشت داشت. اپیدمی یا پاندمی‌های نوظهور طی یکی دو دهه اخیر و امکان ادامه آن در آینده نمونه‌هایی از حوادث بهداشتی هستند که می‌توانند عواقب مهم سیاسی و اقتصادی در ابعادی بین‌المللی داشته باشند. این که این بیماری‌ها دارای چه ویژگی‌هایی هستند که به آن‌ها چنین قابلیت می‌دهد، یکی از وجوه مشکل است. وجه دیگر شرایطی است که این وقایع بهداشتی در آن رخ می‌دهند؛ شرایطی که تحت‌تأثیر ارتباطات و تحرکات گسترده در سطح جهانی شکل گرفته و در پرتو آن آسیب‌پذیری جامعه بشری در برابر بیماری‌های اپیدمیک به نحو تصاعدی در حال افزایش است

اپیدمی‌ها و پاندمی‌ها همواره در زمره فوریت‌های حاد پزشکی قرار داشته و از این نظر از اولویت خبری بالایی برخوردارند. با توجه به حساسیت‌های عمومی، نحوه واکنش مقامات مسئول نسبت به آن‌ها زیر ذره‌بین رسانه‌ها و پارلمان‌های ملی قرار می‌گیرد و آن‌ها باید پاسخ‌گوی انتظارات عمومی در مورد برخورد مؤثر با عوامل بیماری‌زا باشند. از طرفی، بروز ناگهانی این بیماری‌ها تا حد زیادی غیرقابل پیش‌بینی است و تصمیمات فوری با عواقب شدید اغلب باید در شرایطی صورت گیرد که هنوز نظرات علمی قطعی در مورد وضعیت بیماری و سیر گسترش آن وجود ندارد. عدم قطعیت و اظهارنظرهای گه‌گاه متعارض موجب واگه بیشتر عموم می‌شود و

اضطراب و نگرانی می‌تواند موجب اختلالاتی در اوضاع اجتماعی و اقتصادی و رای تهدید واقعی و ورای منطقه شیوع بیماری شود.

اختلال در نظم اقتصادی و اجتماعی عامل مهم دیگری است که موجب اهمیت سیاسی بسیار زیاد بروز ناگهانی بیماری‌های واگیردار می‌شود. اضطراب عمومی، اختلالات اجتماعی و ضررهای اقتصادی ناشی از پاندمی‌ها باید در بالاترین سطح سیاسی مورد توجه قرار گیرد. به‌عنوان مثال، برآوردهای متعددی برای هزینه‌های پاندمی آنفلوآنزایی که ممکن است هر آن بروز کند، ارائه شده که متناسب باشدت بیماری و گستره شیوع آن بسیار متفاوت و از ۸۰۰ میلیارد تا ۲ تریلیون دلار در نوسان است. مطابق برآورد بانک جهانی و بر مبنای خسارت وارده بر اقتصاد آسیای جنوب شرقی در اثر بیماری سارس، شیوع پاندمی آنفلوآنزای مرگی می‌تواند باعث افت ۲ درصد تولید ناخالص جهان شود.^(۷)

مسئولیت در قبال جامعه بین‌المللی عامل مهم دیگری است که به معادله اضافه می‌شود و می‌تواند منشأ خسارتی برای منافع یا وجهه ملی یا عاملی برای محدودشدن حاکمیت ملی شود. زمانی که جهان به‌لحاظ به هم وابستگی زیاد ملت‌ها خود را در معرض تهدید می‌بیند، ناچار باید درصدد دفاع دسته‌جمعی نیز بر آیند. در چنین شرایطی واکنش‌های غیرقابل پیش‌بینی نباید غیرقابل انتظار باشد. در نتیجه، فرض بر این است که هیچ کشوری حق ندارد یک بیماری عفونی در درون مرزهای خود را مخفی نگه دارد و نه باتوجه به قدرت افکار عمومی و نهادهای مدنی و نیز آنچه به پدیده «شهروند- خبرنگار» شهره شده، می‌تواند چنین کند.

شیوع برخی اپیدمی‌ها و پاندمی‌ها در شرایطی به شرح فوق در عمل نیز حدت و حساسیت موضوع را نشان داد. متعاقب آنکه جامعه بین‌المللی خود را ناچار از بسیج امکانات خود برای مقابله با بیماری ایدز دید و برای این منظور نهاد خاصی در چارچوب سازمان ملل بوجود آمد، برخی تحولات مانند انتشار عمدی گاز سرین در متروی ژاپن، انتشار عمدی میکروب سیاه زخم در نیویورک، بیماری سارس، آنفلوآنزای مرگی و نهایتاً آنفلوآنزای H1N1 مشهور به آنفلوآنزای خوکی و نیز مواردی از انتشار مواد رادیو اکتیو و سمی شوک‌هایی را به جوامع ملی و جامعه بین‌المللی وارد کرد و زمینه‌ساز توجه بیشتر سیاست‌مداران و به تبع آن سیاست خارجی کشورها به مسائل بهداشتی شد.

اچ آی وی- ایدز نخستین بیماری نوظهور در شرایط جهانی شدن بود که تاکنون به مرگ حدود ۲۵ میلیون نفر انجامیده است. در سال ۲۰۰۹ بیش از ۳۳/۴ میلیون نفر به ایدز مبتلا بوده اند که ۹۵ درصد آن‌ها در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. تنها در سال ۲۰۰۸ بیش از ۲/۷ میلیون مورد جدید ابتلا گزارش شد و در همین سال ۲ میلیون نفر از این بیماری مردند.^(۸) در چنین شرایطی کم نیستند کشورهایی که معضل اچ آی وی- ایدز مهم‌ترین مشکل یا یکی از مهم‌ترین مشکلات سیاست داخلی و خارجی آن‌ها است. بیش از ۵۰ کشوری که نرخ شیوع اچ آی وی- ایدز در آن‌ها بیش از یک درصد (بین یک تا ۲۶ درصد) است، در زمره چنین کشورهایی قرار دارند. کشورهایی نیز که در این زمره نیستند باید نگران تغییر الگوی سرایت بیماری و انتقال آن از گروه‌های جمعیتی خاص به عموم جمعیت باشند. آن گروه از کشورهای شمال نیز که موفق به مهار این بیماری شده‌اند، نمی‌توانند نسبت به عواقب گسترش آن در کشورهای جنوب و عوارض آن که به نحوی از انحا گریبان آن‌ها را خواهد گرفت بی‌تفاوت باشند. لذا بخش عمده‌ای از حدود ۵۴ میلیارد دلاری که طی ۶ سال گذشته برای مهار ایدز در جهان صرف شده، توسط این کشورها تأمین شده است.^(۹) وقایع دیگری که در نخستین دهه قرن جاری رخ داد، بر حساسیت و اهمیت موضوعات بهداشتی در دستور کار مقامات سیاسی کشورها افزود. شیوع عمدی میکروب سیاه زخم (انترکس) در اکتبر ۲۰۰۱ از طریق سیستم پستی آمریکا زنگ خطر مهمی بود که خاطره انتشار گاز سارین در مترو ژاپن توسط یک گروه تروریستی ژاپنی در سال ۱۹۹۵ را زنده کرد. آنچه موجب حدت و اهمیت واقعه انتشار عمدی میکروب سیاه زخم در آمریکا شد، تعداد ۵ کشته و ۲۲ مجروح این واقعه نبود بلکه همزمانی تقریبی آن با حادثه تروریستی ۱۱ سپتامبر در نیویورک بود. به عبارت دیگر، آنچه موجب نگرانی شد این بود که آیا همان ذهنیتی که منشأ کوبیدن دو هواپیما به دو آسمان‌خراش شد، نمی‌تواند یک حمله میکروبی را به مراکز جمعیتی سازمان دهد.

در شرایطی که مطالعات و بررسی‌هایی در این مورد در دست انجام بود، شیوع سارس زنگ خطر دیگری به صدا درآورد. ویژگی بارز سارس این بود که در طول خطوط هواپیمایی به حرکت در آمد و هر کشوری را به صرف داشتن فرودگاه در معرض تهدید قرار داد. این بیماری طی کمتر از ۴ ماه حدود ۳۰ میلیارد دلار به اقتصادهای آسیایی ضرر زد. اگرچه همه کشورها نگران حملات بیوتروریستی نبوده و نیستند، اما هیچ

کشوری نمی‌تواند خود را از بیماری‌هایی امثال سارس مصون فرض کند. روند اشاعه سارس حدود ۴ ماه بعد از کشف آن متوقف شد و از این رو دستاوردی بی‌سابقه در بهداشت عمومی در مقیاس جهانی بشمار رفت.

این بیماری به خوبی نشان داد که یک عامل بیماری‌زای جدید و ناشناخته می‌تواند عوارض و عواقب ملی و بین‌المللی شدیدی برای امنیت بهداشتی و اقتصادی جهانی داشته باشد. سارس عملاً مشخص کرد که یک بیماری چه ویژگی‌هایی باید داشته باشد تا بتوان آن را تهدیدی برای امنیت بهداشتی بین‌المللی به‌شمار آورد. این ویژگی‌ها عبارتند از: قابلیت سرایت بیماری از شخص به شخص، عدم نیاز به ناقل برای انتشار، عدم اختصاص به یک منطقه جغرافیایی مشخص، داشتن یک دوره کمون بیش از یک هفته و کشتن حدود ۱۰ درصد از مبتلایان. این ویژگی‌ها باعث می‌شود که بیماری بتواند به سادگی همراه با مسافر و حیوانات از کشوری به کشوری سفر کند.

سارس از این جهت که منشأ تحولاتی در نظریات موجود راجع به مسئولیت دولت‌ها در قبال جامعه ملی و جامعه جهانی شد، حائز اهمیت بود. این بیماری حداقل از دو جهت نظرات موجود را دستخوش تحول کرد: اول این که حساسیت جامعه ملی و جامعه بین‌المللی در قبال بیماری و پوشش خبری گسترده آن در رسانه‌های سنتی و مجازی نشان داد که دولت‌ها گریزی از مسئولیت‌پذیری، نه تنها در قبال جامعه ملی بلکه، در قبال جامعه بین‌المللی نیز ندارند. دوم اینکه اکنون باتوجه به درجه بالایی از شفافیت و امکان مستمر درزکردن اخبار و انتشار آن‌ها، عملاً غیرممکن است که بتوان شیوع یک بیماری را مخفی نگاه داشت.

در دسامبر ۲۰۰۳ یعنی تنها ۴ ماه بعد از اعلام برطرف‌شدن خطر بیماری سارس، عامل بیماری‌زای H1N1 مشهور به آنفلوآنزای مرغی در ویتنام ظاهر و منشأ تهدیدی جدید شد که نگرانی در مورد آن همچنان ادامه دارد. طی این سال‌ها به‌طور مستمر نمونه‌های متعددی حاکی از ابتلای انسان به این بیماری به شبکه جهانی مراقبت آنفلوآنزای سازمان بهداشت جهانی^۱ ارسال شده است؛ تاکنون صدها میلیون قطعه پرنده یا در اثر این بیماری تلف یا برای مهار این بیماری نابود شده‌اند و این همه

1. WHO Global Influenza Surveillance Network.

عمدتاً در کشورهای فقیری حادث شده که پرورش طیور در تأمین معاش مردم دارای نقش مهمی است.

در مه ۲۰۰۷، ۱۲ کشور ۳۰۸ مورد از ابتلای انسان به بیماری و ۱۸۶ مورد مرگ را اعلام کردند. شماری از کشورها با همکاری با یکدیگر سازمان و انباری حاوی oseltamivir (یک ضد ویروس) که بالقوه می‌تواند سرایت بیماری از انسان به انسان را متوقف کند، ایجاد کردند. اگرچه موارد پراکنده از بیماری دیده شده، اما ویروس پاندمیک هنوز مشاهده نشده، ولی دانشمندان موافقت که شیوع وسیع آنفلوآنزای پاندمیک قطعی است، فقط زمان آن مشخص نیست.^(۱۰)

طی چند سال گذشته پیش‌بینی‌هایی در چارچوب «مقررات بهداشتی بین‌المللی ۲۰۰۵» (آی اچ آر ۲۰۰۵)^۱ برای چگونگی مقابله با این بیماری در صورت شیوع ناگهانی صورت گرفته که از محدود مواردی در نوع خود است. این بیماری که بسیار مسری تر از سارس است، از طریق عطسه و سرفه انتشار می‌یابد و دوره کمون آن به نحوی است که کار ردگیری تماس‌ها و ایزوله سازی را دشوار می‌کند و به همان نسبت می‌تواند دارای عواقب بسیار مخربی باشد. با توجه به تجربه‌های قبلی از ویروس‌های مشابه، نوع جدیدی از این ویروس می‌تواند بالقوه تا حدود ۲۵ درصد از مردم جهان، یعنی یک و نیم میلیارد نفر، را مبتلا نماید. حتی اگر این ویروس یک بیماری ملایم را نیز موجب شود، بروز ناگهانی آن می‌تواند اختلالات اقتصادی و اجتماعی عمده‌ای را سبب شود.

شیوع ناگهانی آنفلوآنزای A(H1N1) مشهور به آنفلوآنزای خوکی در آوریل ۲۰۰۹ از مبدا مکزیک و آمریکا نگرانی دیگری را برای مقامات بهداشتی و سیاسی در بسیاری از کشورهای جهان موجب شد. آنفلوآنزای A(H1N1) نوع جدیدی از بیماری است که قبلاً هرگز در بین انسان‌ها دیده نشده بود، در نتیجه، بخش اعظم مردم هیچ‌گونه مصونیتی در برابر آن نداشتند و در ماه‌های اول شیوع آن واکنشی نیز برای آن وجود نداشت. این نخستین بیماری از این نوع بود که بعد از نافذ شدن آی اچ آر ۲۰۰۵ شیوع یافت و مفاد این مقررات بر نحوه برخورد جامعه بین‌المللی با آن حاکم بود. بر این اساس، مدیرکل سازمان جهانی بهداشت براساس ماده ۱۲ آی اچ آر اقداماتی را برای

1. International Health Regulations (IHR 2005)

اعلام «وضعیت اضطراری مورد نگرانی بین‌المللی»، از جمله دریافت نظر «کمیته اضطراری»، مرکب از ۱۸ کارشناس بین‌المللی، مطابق ماده ۴۹ همین مقررات، انجام داد. نتیجه این اقدامات اعلام وضعیت اضطراری از مراحل ۳ تا ۶ بود که مرحله ۶ آن به معنی وجود پاندمی در سطح جهانی است. مطابق آخرین گزارش سازمان در ۷ فوریه ۲۰۱۰ در مجموع ۲۱۲ کشور رسماً مشاهده موارد انسانی ابتلا به این بیماری را اعلام کرده اند و تا آن تاریخ حداقل ۱۵۲۹۲ نفر به این دلیل فوت کرده اند. اگرچه ویروس A(H1N1) تاکنون ملایم ظاهر شده و منشأ بیماری حادی نبوده، اما نظر به جهش مستمر ویروس هنوز سیر بعدی آن قابل پیش‌بینی نیست.

علاوه بر موارد فوق، نگرانی‌های دیگری نیز وجود دارد. شیوع مجدد فلج اطفال از کانال نیجریه بعد از ریشه کنی و تعیین آن در مقررات بین‌المللی بهداشت به عنوان یکی از بیماری‌هایی که کشورها باید بروز آن‌ها را به سازمان جهانی بهداشت اطلاع دهند، سل مقاوم در برابر دارو در برخی از کشورهای آفریقایی، نگهداری میکروب آبله که در دو آزمایشگاه در روسیه و آمریکا نگه داری می‌شود و علی‌رغم درخواست‌های بین‌المللی حدود ۱۰ سال است که نابودی آن به تعویق افتاده است و... از دیگر مواردی است که موجب نگرانی کشورها است. نگرانی از شیوع طبیعی یا عمدی آبله به‌ویژه از آن رو نگران کننده است که ریشه کنی این بیماری در سال ۱۹۷۹ اعلام شده بود و مردم نه در برابر آن واکنش هستند و نه تجربیات کلینیکی آن دیگر موجود است.

علاوه بر تهدیدات ناشی از بیماری‌ها، انتشار مواد رادیو اکتیو و شیمیایی، تهدیدات بیوتروریستی، حوادث ناشی از دفن زباله‌های شیمیایی و سمی و حوادث ناشی از تغییرات زیست محیطی و فجایع طبیعی که قبلاً به آن‌ها اشاره شد، به یک واقعیت در جوامع مدرن تبدیل شده‌اند. حمله با انترکس در نیویورک، علاوه بر عواقب اقتصادی، بهداشتی و امنیتی در آمریکا، موجب نگرانی‌های امنیتی در بسیاری از کشورها شد و ایفای نقشی مشورتی از سوی سازمان جهانی بهداشت و انتشار دستورالعمل‌هایی در این مورد از سوی این سازمان را ایجاب کرد. این تحول به نحو قابل ملاحظه‌ای تحولات مربوطه در سطح بین‌المللی را تحت‌تأثیر قرار داده است.

مذاکرات بین‌الدولی در مورد مسائل بهداشت عمومی و دست‌آوردهای آن‌ها

طی ۵ سال گذشته گام‌های عملی مهمی در چارچوب سازمان جهانی بهداشت در جهت بسط دیپلماسی بهداشتی برداشته شده است. طی این مدت چندین دور مذاکرات بین‌الدولی مهم در حوزه بهداشت عمومی صورت گرفته که به تدوین مقررات بهداشتی بین‌المللی، تدوین کنوانسیون کنترل دخانیات، تدوین استراتژی جهانی در مورد بهداشت عمومی، نوآوری و حقوق مالکیت معنوی انجامیده و برخی از ادوار مذاکراتی نیز در مورد موضوعاتی چون به شراکت گذاشتن ویروس آنفلوانزا و شراکت در منافع حاصله و تدوین پروتکل مقابله با تجارت غیرمجاز مواد دخانی در جریان است.

ارتباط متقابل و فزاینده بین موضوعات بهداشتی، تجاری و سیاسی و الزام کشورها به برخورد با موضوعاتی که همزمان بهره‌ای از هر سه این حوزه‌ها داشته‌اند، دولت‌ها را ملزم به ورود به این سلسله مذاکرات کرد؛ روندی که قبل از این به ندرت در حوزه بهداشت عمومی روی داده بود. ویژگی این مذاکرات این است که غالباً چند بخشی‌اند، از حساسیت‌های سیاسی و دیپلماتیک قابل‌ملاحظه‌ای برخوردارند و در عین حال، مشارکت مؤثر در آن‌ها موقوف به برخورداری هیأت‌های شرکت‌کننده از دانش اپیدمی‌شناسی، حقوقی و سیاسی نیز هست. مروری کم و بیش مختصر بر برخی از این ادوار مذاکراتی می‌تواند روشن‌گر باشد:

۱. گروه کاری بین‌الدولی برای بازنگری در آی اچ آر

مذاکراتی که در چارچوب گروه کاری بین‌الدولی با شرکت کلیه اعضای سازمان جهت بازنگری در آی اچ آر مصوب ۱۹۶۹ انجام شد، یکی از نخستین ادوار مذاکراتی بین‌الدولی در شرایط جدید بین‌المللی بود که همکاری دیپلمات‌ها و کارشناسان بهداشت عمومی را ایجاب می‌کرد. قطعنامه چهل و هشتمین نشست مجمع جهانی بهداشت^۱ در سال ۱۹۹۵ نقطه شروع این روند بود که در ژوئن ۲۰۰۷ با نافذ شدن مقررات بین‌المللی بهداشتی که از نظر حقوقی برای کشورها الزام‌آور است، به پایان موفقیت‌آمیز خود رسید. در نتیجه این روند، مقررات بهداشتی بین‌المللی مصوب ۲۰۰۵ جایگزین مقررات بهداشتی بین‌المللی مصوب ۱۹۶۹^۲ شد. این مقررات خود قبلاً

1. Resolution WHA 48.7.

2. International Health Regulations (IHR 1969).

جایگزین مقررات بهداشتی بین‌المللی^۱ شده بود که در سال ۱۹۵۱ توسط اعضای سازمان جهانی بهداشت تدوین و از تصویب گذشته بود.

محدودیت‌های آی اچ آر ۱۹۶۹ که زمینه تجدید نظر در آن را فراهم آورد، از محدود بودن دامنه آن به سه بیماری، یعنی وبا، طاعون و تب زرد و وابستگی‌اش به اعلام رسمی کشوری و عدم پیش‌بینی یک سازوکار هماهنگی جهانی برای جلوگیری از شیوع بیماری‌ها در سطح بین‌المللی بود. محدود بودن دامنه آی اچ آر ۱۹۶۹ مانع از آن بود که این مقررات بتواند به تهدیدات جدید و متنوع علیه بهداشت عمومی در شرایط جدید بین‌المللی بپردازد. شیوع برخی بیماری‌های شناخته شده مانند وبا در آمریکای جنوبی، طاعون در هند و بروز عامل بیماری‌زای جدید ابولا در آفریقا در اوایل دهه ۱۹۹۰ تصویب قطعنامه فوق‌الذکر را ایجاب کرد و قطعنامه دیگری در ۲۰۰۳ مقدمات ایجاد یک گروه کاری بین‌الدولی جهت بازنگری در آی اچ آر ۱۹۶۹ را فراهم آورد.

آی اچ آر ۲۰۰۵ که طی چنین روندی تدوین و به تصویب مجمع جهانی بهداشت رسید، تحولی اساسی و دامنه‌دار در حقوق بین‌الملل عمومی در حوزه بهداشت عمومی از شروع همکاری‌های بهداشتی بین‌المللی در اواسط قرن ۱۹ را موجب شد. هدف این مقررات جلوگیری از گسترش بیماری‌ها به ورای مرزهای ملی از طریق ایجاد سازوکار حقوقی لازم برای پیشگیری، تشخیص، ارزیابی و در صورت لزوم ارائه پاسخی هماهنگ به وقایعی است که می‌توانند در زمره «وضعیت‌های اضطراری در حوزه بهداشت عمومی موجب نگرانی بین‌المللی»^۲ باشند. آی اچ آر ۲۰۰۵ از نظر حقوقی الزام‌آور و از نظر دامنه بسیار گسترده‌تر از سلف خود است. برخی از ویژگی‌های عمده این مقررات به شرح زیر قابل تلخیص است:

- آی اچ آر ۲۰۰۵ تمرکز توجه را از فرودگاه‌ها و بنادر و مبادی مرزی برای جلوگیری از شیوع عوامل بیماری‌زا در سطح جهانی به سر منشأ بیماری در داخل کشورها تغییر داده است. برای این منظور، در آی اچ آر مجموعه‌ای از «ظرفیت‌های اصلی مورد نیاز»^۳ برای تشخیص، ارزیابی و اعلام وقایع مدنظر به سازمان جهانی بهداشت تعریف شده و از کلیه کشورها خواسته شده تا نسبت به ایجاد این ظرفیت‌ها

3. The International Sanitary Regulations.

1. Public Health Emergency of International Concern.

2. Core Capacity Requirements.

تا سال ۲۰۱۲ اقدام کنند؛

- در آی اچ آر ۲۰۰۵ اطلاع‌دهی الزامی^۱ با مشاهده نمونه‌ای از یکی از بیماری‌های چهارگانه، شامل آنفلوانزای پاندمیک، فلج اطفال، سارس و آبله که بتواند بهداشت عمومی جهانی را مورد تهدید قرار دهد، خواسته شده است.

- آی اچ آر ۲۰۰۵ به صراحت منابع غیردولتی اطلاع‌رسانی در مورد بروز یک بیماری را می‌پذیرد. این امر شامل شرایطی می‌شود که کشورها ممکن است نسبت به اعلام و افشای یک واقعه در قلمروشان اکراه داشته باشند. آی اچ آر جدید به سازمان جهانی بهداشت مجوز لازم را داده تا اطلاعات دریافتی از منابعی غیر از منابع دولتی را نیز مد نظر قرار دهد. بر این مبنا، سازمان همواره باید قبل از دست‌زدن به هر اقدامی صحت یا سقم چنین اطلاعاتی را از کشورهای مربوطه استفسار کند.

- آی اچ آر ۲۰۰۵ یک وضعیت اضطراری را به‌عنوان یک «واقعه فوق‌العاده» که می‌تواند در سطح بین‌المللی شیوع یابد یا می‌تواند مستلزم پاسخی هماهنگ و بین‌المللی باشد، تعریف و اختیار اعلام وجود «وضعیت‌های اضطراری در حوزه بهداشت عمومی مورد نگرانی بین‌المللی» را به سازمان جهانی بهداشت می‌دهد. برای این منظور یک کمیته اضطراری ایجاد شده است؛

- تعریف موسع از حالت اضطراری در حوزه بهداشت عمومی مورد نگرانی بین‌المللی در آی اچ آر ۲۰۰۵ امکان داده است تا تهدیداتی و رای بیماری‌های عفونی نیز مانند تهدیدات ناشی از رهاسدن تصادفی عوامل بیماری‌زا یا مواد شیمیایی یا هسته‌ای نیز در شمول آی اچ آر قرار گیرد. این امر امکان داده است تا دامنه شمول قانون گسترش یافته و امنیت بهداشتی بین‌المللی را به نحوی جامع در بر گیرد.

- آی اچ آر ۲۰۰۵ منعکس‌کننده انقلابی در روابط بین بهداشت و سیاست خارجی است، چرا که در آن به طیفی از اهداف توسعه و مفاهیم حقوق بشری توجه شده و از این‌رو هم روند و هم محتوای دیپلماسی بهداشتی را دستخوش تحولی بنیادی کرده است.

در مجموع، آی اچ آر ۲۰۰۵ در پی آن است که نشان دهد که همکاری بین‌المللی از طریق تلاش برای بهبود ظرفیت‌های بهداشتی ملی و تبعیت از این مقررات

به سود همه خواهد بود. از این‌رو، انگیزه برای تبعیت از این مقررات در این است که اولاً به پیشگیری از عواقب وخیم بروز پاندمی‌ها کمک می‌کند، ثانیاً مهار بیماری را سرعت می‌بخشد و ثالثاً به حفظ وجهه کشور در چشم جهانیان کمک می‌کند.^(۱۱)

۲. گروه کاری بین‌الدولی در مورد بهداشت عمومی، نوآوری و مالکیت معنوی

مجمع جهانی بهداشت در پنجاه و نهمین نشست خود در مه ۲۰۰۶ با صدور قطعنامه‌ای اقدام به ایجاد یک گروه کاری بین‌الدولی در مورد بهداشت عمومی، نوآوری و مالکیت معنوی کرد. این گروه کاری موظف شد استراتژی جهانی و یک برنامه عمل با هدف رسیدگی به بیماری‌هایی که بیش از حد از مردم کشورهای در حال توسعه قربانی می‌گیرد، تدوین کند.

توضیح اینکه علی‌رغم پیشرفت‌های عظیم در علم پزشکی، بسیاری از کشورهای در حال توسعه عمدتاً از مواهب این پیشرفت‌ها بی‌بهره مانده و بیماری‌هایی که عمدتاً در این ممالک رایجند، کمتر موضوع تحقیقات جدید قرار می‌گیرند. علت این است که تحقیقات پرهزینه در مورد بیماری‌های خاص این کشورها به علت فقر این کشورها و محدود بودن بازارهای آن‌ها نمی‌تواند بازدهی اقتصادی چندانی داشته باشد و در نتیجه شرکت‌های بزرگ دارویی رغبت چندانی به سرمایه‌گذاری در مورد این بیماری‌ها ندارند.

مذاکرات در چارچوب گروه کاری مذکور در مورد چنین موضوع مهمی که ابعاد سیاسی و تجاری برجسته‌ای داشت، طی سه نشست در ژنو و نیز نشست‌هایی در مناطق از دسامبر ۲۰۰۶ تا مه ۲۰۰۸ ادامه یافت و راه‌های مختلفی جهت تشویق نوآوری و ظرفیت‌سازی و بهبود دسترسی کشورهای در حال توسعه به محصولات بهداشتی مورد مذاکره قرار گرفت. دشواری این مذاکرات از آن جهت بود که این موضوعات با حقوق مالکیت معنوی و منافع تجاری شرکت‌های بزرگ دارویی و دولت‌های آن‌ها برخورد داشت.

نتیجه مذاکرات به شکلی که چندان مطلوب کشورهای در حال توسعه نبود، تحت عنوان استراتژی جهانی و برنامه عمل در مورد بهداشت عمومی، نوآوری و مالکیت

معنوی توسط نشست شصت و یکم مجمع جهانی بهداشت در مه ۲۰۰۸ به تصویب رسید.^(۱۲) دولت‌ها و دبیرخانه سازمان جهانی بهداشت عهده‌دار اجرای این سند هستند و کمیته‌ای در دبیرخانه مذکور برای انجام اقداماتی در این رابطه ایجاد شده است.

۳. نشست بین‌الدولی در مورد به شراکت گذاشتن ویروس آنفلوانزا

نشست بین‌الدولی تحت عنوان «آمادگی در برابر آنفلوانزای پاندمیک: به شراکت گذاشتن ویروس آنفلوانزا و دسترسی به واکسن و دیگر منافع»^۱ در پی قطعنامه شماره ۶۰/۲۸ مجمع جهانی بهداشت در مه ۲۰۰۷ ایجاد شد و هدف آن ایجاد ضوابطی برای دادن نمونه ویروس‌های کشف شده در کشورهای مختلف به «شبکه جهانی مراقبتی آنفلوانزای سازمان بهداشت جهانی» و نحوه دسترسی کشورها به واکسنی که از این طریق تولید می‌شود، بوده است.

آنچه که بدو موجب تشکیل این روند مذاکراتی شد، اعتراض اندونزی به قیمت پیشنهادی واکسنی بود که توسط یک شرکت داروسازی غربی براساس ویروس ارائه شده از طرف آن کشور تولید شده بود. این برداشت که جهان خارج، از ویروس‌های ارائه‌شده توسط اندونزی به نحو غیرمنصفانه‌ای سود می‌برد و این کشور قادر به پرداخت بهای مطالبه شده برای خرید واکسن‌های تولید شده نیست، منجر به توقف ارسال نمونه‌های آزمایشگاهی مربوط به بیماری که بومی آن کشور است، شد. نگرانی دیگر کشورهای در حال توسعه ناشی از ظرفیت محدود سازندگان واکسن و پیش‌خرید محصولات آن‌ها توسط دولت‌های غربی به‌گونه‌ای است که در یک شرایط بحرانی تضمینی برای دسترسی این کشور به واکسن وجود ندارد. این قبیل مشکلات و واکنش‌ها نسبت به آن می‌تواند در صورت ادامه بحرانی را در نظام مراقبتی و کسب آمادگی برای مقابله با بیماری‌های پاندمیک موجب شود.

علی‌رغم گذشت سه سال از شروع مذاکرات در این مورد، هنوز مسائل اصلی مورد اختلاف به شرح زیر به قوت خود باقی‌اند:

- کشورهای در حال توسعه اصرار دارند که باید توازنی بین اجباری یا

1. Intergovernmental Meeting: Pandemic Influenza Preparedness: Sharing of Influenza Viruses and Access to Vaccines and other Benefits.

اختیاری بودن به شراکت گذاشتن و پیروس با دیگران از یک سو و اجباری بودن یا اختیاری بودن شراکت در منافع حاصله وجود داشته باشد. به عبارت دیگر، آن‌ها بر آنند که اگر باید پیروس خود را به شراکت بگذارند، صنایع دارویی نیز باید این کشورها را در منافع حاصله شریک کنند. این کشورها برای این منظور خواستار امضای قراردادی استاندارد و الزام‌آور بین خود و دریافت‌کنندگان پیروس هستند. طرف مقابل به دلایلی شامل تعدد و تفاوت صنایع دارویی مختلف و مقررات داخلی هر یک از آن‌ها و... پذیرش چنین الزامی را از قبل عملی نمی‌داند و داوطلبانه بودن کمک‌ها را توصیه می‌کند.

- کشورهای در حال توسعه اصرار دارند که آزمایشگاه‌ها و صنایع دارویی اقدام به پاتنت کردن حاصل کاری که بر روی پیروس‌های ارائه‌شده از سوی آن‌ها انجام می‌دهند، نکنند. غربی‌ها به شدت با این امر مخالفند و آن را مخل نظام مالکیت معنوی می‌دانند.

۴. کنوانسیون کنترل دخانیات و پروتکل مقابله با تجارت غیرمجاز مواد دخانی

کنوانسیون کنترل دخانیات نخستین پیمانی است که در چارچوب سازمان جهانی بهداشت مذاکره و در فوریه ۲۰۰۳ تصویب و دو سال بعد نافذ شد. تا کنون ۱۶۴ کشور به این کنوانسیون ملحق شده‌اند. ویژگی این کنوانسیون این است که بر استراتژی‌های کاهش تقاضا و نیز کاهش عرضه تأکید دارد؛ حال آن که توافقات قبلی در حوزه کنترل انواع مواد و داروها تنها بر تنظیم مقررات برای کنترل استفاده از آن‌ها تأکید شده است.^(۱۳) طی دو سال گذشته سه دور مذاکره در چارچوب یک نهاد مذاکره‌ای بین‌الدولی برای تدوین پروتکل مقابله با تجارت غیر قانونی مواد دخانی انجام شده و دور چهارم مذاکرات بر روی پیش‌نویس مربوطه^(۱۴) قرار است در مارس ۲۰۱۰ صورت گیرد.

بهداشت عمومی و تجارت

تجارت و بهداشت در نقاط متعددی با یکدیگر در تماس قرار می‌گیرند و تجارت و اقتصاد در بسیاری موارد در تأمین بهداشت، پیشگیری و درمان در سطوح ملی و بین‌المللی نقش تعیین‌کننده دارند. در این رابطه «قانون معکوس مراقبت» که اول بار در ۱۹۷۱ مطرح شد، گویای نوع رابطه بین تجارت و بهداشت، هم در سطح فردی هم

در سطح ملی است. مطابق این قانون اқشار مرفه هر جامعه که نیازهای بهداشتی کمتری دارند، دسترسی‌شان به امکانات بهداشتی بیشتر است؛ به عکس اқشار محروم هرچند نیازهای درمانی بسیار بیشتری دارند، دسترسی‌شان به امکانات بهداشتی بسیار کمتر است.^(۱۵) از طرفی، یکی از عواملی که در افزایش اهمیت بهداشت در سیاست خارجی نقش داشته، اهمیت آن در مباحث توسعه، فقرزدایی، ثبات سیاسی و روابط شمال و جنوب است. افزایش اهمیت این موضوعات در دستور کار سیاست خارجی طی بیش از نیم قرن گذشته، افزایش اهمیت بهداشت عمومی از منظر سیاست خارجی را نیز در پی داشته است.

در چارچوب تلاش‌های مهم و موفق که برای اعتلای وضعیت بهداشت در مباحث توسعه انجام شده، قرار گرفتن کاهش فقر به همراهی علل بهداشتی مرتبط با آن در مرکز اهداف توسعه هزاره که در سال ۲۰۰۰ و به عنوان یک مسئولیت مشترک بشری به تصویب مجمع عمومی سازمان ملل رسید، قابل توجه است. در همین رابطه، توجه بی‌سابقه‌ای در سطح بین‌المللی به مسائل بهداشتی کشورهای درحال توسعه مبذول می‌شود و این مسائل در سطوح مختلف از نشست‌های سران گرفته تا اقدامات هنرمندان سینما و موسیقی مجال طرح یافته است. توجهی نیز که در این دوره از سوی بنیادها و نهادهای تأمین مالی به امور بهداشتی خصوصاً در جهان در حال توسعه می‌شود، بی‌سابقه است.

برخی برای دکتر برانتلند، مدیرکل اسبق سازمان بهداشت جهانی، نقش عمده‌ای برای جلب توجه جهانی به بهداشت در مباحث توسعه قائلند و تلاش‌های او را یکی از عوامل موفقیت در قرار دادن موضوعات بهداشتی در مرکز اهداف هزاره توسعه می‌دانند.^(۱۶) وی کمیسیون اقتصاد کلان و بهداشت^۱ را که مأمور بررسی نقش بهداشت در توسعه اقتصادی بود، در ژانویه ۲۰۰۰ تشکیل داد. گزارش این کمیسیون که در دسامبر ۲۰۰۱ منتشر شد، مورد توجه بسیار قرار گرفت. قابل توجه است که تنها چهار نفر از ۱۸ عضو این کمیسیون متخصص بهداشت عمومی بودند و بقیه را اقتصاد دانان، متخصصین امور مالی و تجاری و سیاست‌مداران شامل می‌شدند. نتیجه‌گیری مندرج در گزارش کمیسیون از نظر تأکید آن بر لزوم محوریت بهداشت در توسعه اقتصادی و

1. Commission on Macroeconomics and Health.

تأکید بر نیاز به سرمایه‌گذاری بیشتر در بهداشت کشورها برای برخورداری آن‌ها از توسعه پایدار مهم بود.^(۱۷)

مجمع جهانی بهداشت طی قطعنامه‌ای در سال ۲۰۰۶ اهمیت این امر را مورد شناسایی قرار داد^(۱۸) و وزارت‌خانه‌های بهداشت، خارجه و تجارت در کشورهای عضو را به حرکت در جهت انسجام سیاست‌های ملی در مورد بهداشت و تجارت فرا خواند. مجمع همچنین از دبیرخانه سازمان خواست تا در جهت تدوین و توزیع اسنادی در مورد روش‌های همسو کردن تجارت و بهداشت با دیگر سازمان‌های بین‌المللی همکاری کند.

رابطه بین بهداشت و تجارت بیشترین توجه را در سازمان تجارت جهانی و سازمان جهانی مالکیت معنوی به خود جلب کرده است. در این چارچوب مهم‌ترین نقطه تماس بهداشت و تجارت که در عین حال مهم‌ترین مشکل بخش بهداشت نیز هست، یعنی بهای اقلام پزشکی و امکان دسترسی اقشار محروم و کشورهای در حال توسعه به آن‌ها، در دستور کار قرار دارد. بهای گزاف انواع داروها، واکسن‌ها و تجهیزات پزشکی بزرگ‌ترین مشکل بهداشتی در کشورهای در حال توسعه است. بخشی از این مشکل در چارچوب مذاکرات بین‌الدولی در مورد بهداشت عمومی، نوآوری و مالکیت معنوی انعکاس داشت. اعلامیه دوحه که در نوامبر ۲۰۰۱ به تصویب کنفرانس وزرای کشورهای عضو سازمان تجارت جهانی رسید، یکی از نقاط عطف در تعامل بین سه مقوله بهداشت عمومی، تجارت و مالکیت معنوی است. این اعلامیه بر انعطاف اعضای تریپز (TRIPS) برای دور زدن حقوق ناشی از پاتنت‌ها برای دسترسی به داروهای اساسی تأکید کرد.

در بند ۴ این اعلامیه تأکید شده که «موافقت‌نامه تریپز کشورهای عضو را از اتخاذ تدابیر لازم برای حفاظت از بهداشت عمومی باز نمی‌دارد و نباید باز بدارد... موافقت‌نامه تریپز می‌تواند و باید به‌نحوی تفسیر و اجرا شود که... موجب اعتلای دسترسی همگان به دارو باشد». در این اعلامیه همچنین بر حق اعضای سازمان جهانی بهداشت برای استفاده حداکثری از «انعطاف‌های»^۱ مندرج در تریپز و حق آن‌ها مبنی بر اعطای «پروانه‌های اجباری»^۲ جهت تولید داروهای تحت پاتنت تحت شرایط اضطراری تأکید شده است. تأکید ماده ۶ این اعلامیه بر حل مشکل کشورهایی که از ظرفیت

1. Flexibilities
2. Compulsory licenses

صنعتی کافی برای بهره‌گیری از سیستم «صدور پروانه اجباری» برخوردار نیستند، موجب شکل‌گیری روندی پیچیده و مناقشه‌آمیز برای اصلاح تریپز شد، که هنوز تکمیل نشده است. این امر و نیز مقاومت شماری از کشورهای غربی برای جلوگیری از عملی‌شدن اعلامیه دوحه موجب بروز مشکلات پیچیده و زمانبری شده که پرداختن به جزئیات آن از حوصله این مختصر خارج است. با این حال، نتیجه عملی این روند درگیر شدن بیش از پیش سیاست خارجی در اموری از این نوع بوده است.

بحران غذایی، بحران سوخت، گرمایش زمین، بحران مالی و اقتصادی اخیر از دیگر عواملی است که موجب نگرانی‌های دامنه‌داری در مورد اثرات آن‌ها بر بهداشت شده است؛ خاصه آنکه بخش‌های بهداشتی داخلی و بین‌المللی ضمن اینکه تحت‌تأثیر این بحران‌ها قرار می‌گیرند نه کمترین دخالتی در ایجاد این بحران‌ها دارند و نه در جریان تلاش‌ها برای رفع آن‌ها مشارکت داده می‌شوند. از این‌رو، طی سال‌های اخیر همه این بحران‌ها در دستور کار مجمع جهانی بهداشت قرار داشته است. این نگرانی نیز همواره مطرح بوده که در شرایط بحرانی، خصوصاً بحران‌های مالی و اقتصادی، بخش بهداشت در کشورها معمولاً یکی از بخش‌هایی است که آسان‌تر هدف کاهش منابع و بودجه قرار می‌گیرد و کمک‌های بین‌المللی در این زمینه نیز دچار نقصان می‌شود. به‌خصوص در جریان بحران اقتصادی- مالی اخیر، تلاش بر این بوده تا ضمن جلب توجه به این رویه دیرینه، اقدامات لازم جهت متقاعد کردن دولت‌ها به لزوم احتراز از چنین رویکردی صورت گیرد.

با روند جهانی‌شدن که منافع آن عمدتاً نصیب کشورهای می‌شود که دارا و دانش محور محسوب می‌شوند، فاصله فقر و غنا می‌تواند بیش از پیش افزایش یابد. این امری است که می‌تواند بر مشکلات بهداشتی در ممالک نادر و عدم‌توازن موجود بیافزاید. اصلاح روند جهانی‌شدن به نحوی که اثرات سوء آن بر بهداشت عمومی تعدیل و در جهت توزیع منصفانه منافع حاصله متمایل شود، مستلزم تصمیم‌گیری‌های آگاهانه و هدفمند است که دخالت عالی‌ترین مقامات سیاسی در تصمیم‌گیری‌ها در سطوح ملی را می‌طلبد.

افزایش شمار بازیگران در حوزه بهداشت عمومی

تحول در مفاهیم مربوط به بهداشت و مباحث موجود در مورد ارتباط بهداشت با فقر، مساوات و توسعه طی یکی دو دهه گذشته نه تنها موجب توجه بیشتر دولت‌ها به بهداشت عمومی و شمار نهادهای بین‌الدولی در این حوزه شده، بلکه به افزایش بی‌سابقه شمار نهادهای جامعه مدنی و بخش خصوصی مایل به مشارکت در فعالیت‌های بهداشتی نیز انجامیده است. نتیجه این که بهداشت دیگر چون گذشته قلمرو اختصاصی متخصصان رشته‌های پزشکی نیست؛ بلکه سیاست‌مداران، اقتصاددانان، حقوق‌دانان، کارشناسان روابط عمومی، دانشمندان علوم اجتماعی، مردم عادی، طیف گسترده و رو به افزایشی از نهادهای مدنی، بخش خصوصی، انجمن‌های حرفه‌ای، نهادهای تحقیقاتی و دانشگاهی، نهادهای کمک‌دهنده، بنیادهای خیریه، نهادهای مشترک خصوصی-عمومی و نهادهای اجرایی بین‌المللی در آن فعال شده‌اند.

این نهادها با طیف گسترده‌ای از دیدگاه‌ها، اهداف، اصول و منافع مختلف و مستقل در راهبری بهداشت عمومی، از جمله نحوه صرف بودجه‌ها و تعیین دستور کار بهداشت ملی و جهانی، نقشی عمده دارند. مشارکت این نهادها نه تنها دگرگونی‌هایی را در مفاهیم بنیادی بهداشت عمومی موجب شده، بلکه تدوین و اجرای برنامه‌ها و سیاست‌های بهداشتی را نیز تحت‌تأثیر قرار داده است. این نهادها در سطوح کشوری امکان داده‌اند تا دسترسی به مناطق دور افتاده و افراد و اقشار منزوی عملی باشد. آن‌ها موفقیت‌های قابل توجهی نیز در ترویج نظرات خود در ارتباط با موضوعات مورد علاقه و تأمین مالی مؤثر برای برنامه‌ها داشته‌اند. این روند پویا همچنین به افزایشی عمده در منابع مالی هم از سوی دولت‌ها و هم بنیادها انجامیده است.

از این نظر، عرصه بهداشت جهانی در دوره کنونی حتی با یک دهه گذشته نیز متفاوت است. جامعه مدنی اکنون در این عرصه نیز مانند دیگر عرصه‌ها به نیروی عمده‌ای برای تغییر تبدیل شده است. مشارکت‌ها و ائتلاف‌هایی در حال شکل‌گیری‌اند که طرف‌های ذی‌ربط^۱ مختلف و متعددی در سطح ملی و بین‌المللی در آن‌ها حضور دارند. در حال حاضر، شمار نهادهای غیردولتی که دارای رابطه رسمی با سازمان جهانی بهداشت هستند، به حدود ۲۰۰ می‌رسد.^(۱۹)

شماری از این نهادها، منعکس‌کننده تلاش‌های جسورانه و نوآورانه طی حدود یک دهه گذشته‌اند. صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا نهادی است که با مشارکت دولت‌ها و بخش خصوصی مانند بنیاد گیتس در سال ۲۰۰۲ تأسیس شد و موقعیت خود را به عنوان بزرگ‌ترین نهاد تأمین‌کننده بودجه برای مبارزه با مالاریا و سل و نیز تأمین‌کننده حدود ۲۰ درصد از بودجه جهانی برای مبارزه با ایدز تثبیت کرده است. صندوق جهانی طی این مدت ۵۷۲ برنامه با بودجه ای برابر ۱۸/۷ میلیارد دلار برای ۱۴۰ کشور، از جمله ایران، تصویب کرده است.^(۲۰) نهادها بعضاً ابتکاری دیگری مانند IFFIm, UNITAID, AMC, PEPFAR, PPPs نیز فعالند.

امنیت بهداشتی جهانی

ملاحظات امنیتی یکی از دلایل مهم توجه سیاست خارجی به بهداشت عمومی و تعامل بین آن‌ها است. از طرفی، تعامل بین این دو حوزه به‌ویژه اگر با نگاه امنیتی به بهداشت عمومی نیز همراه باشد، می‌تواند موجب بروز تردیدها و سوءظن‌هایی شود. بی‌اعتمادی بین برخی از کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته در این زمینه باعث شده تا از قبل زمینه مساعدی برای بروز چنین مشکلاتی فراهم باشد.

امنیت بهداشتی جهانی از مفاهیم مناقشه‌برانگیزی است که به تدریج جای خود را در ادبیات بهداشتی ملی و بین‌المللی باز کرده است. با این حال، در مورد دامنه و محتوای آن توافق وجود ندارد. تعاریف متعدد و ناهمگونی در مورد آن موجود است؛ شرحی که در مورد آن ارائه شده و رابطه آن با عمل در حوزه بهداشت عمومی کامل نیست و نیز رابطه آن با مراقبت‌های اولیه بهداشتی در محل زیست مردم عادی به اندازه کافی توضیح داده نشده است.

از نظر سازمان بهداشت جهانی، هدف کلی آنچه «امنیت بهداشتی جهانی» نامیده می‌شود، نشان دادن این است که چگونه اقدام جمعی بین‌المللی در حوزه بهداشت عمومی می‌تواند آینده امن تری را برای بشریت رقم بزند. این مفهوم در گزارش سال ۲۰۰۷ سازمان چنین تعریف شده: «امنیت بهداشتی جهانی شامل آن دسته از فعالیت‌های ضروری آینده نگر و واکنشی است که با هدف به حداقل رساندن آسیب‌پذیری انسان‌ها در برابر وقایع حاد که در حوزه بهداشت عمومی رخ می‌دهند و

می‌توانند بهداشت جمعی انسان‌ها در مناطق جغرافیایی مختلف و ماورای مرزهای ملی را به مخاطره اندازند».^(۲۱) این تعریفی است که از سوی دبیر خانه و در چارچوب گزارش مذکور ارائه شده و از آنجا که هنوز بحثی در این مورد از سوی کشورهای عضو صورت نگرفته، تعریف مذکور رسمیت ندارد.

«امنیت بهداشتی جهانی» متوجه موضوعات و وقایعی است که می‌توانند تهدیدی متوجه بهداشت جمعی مردم در سطح بین‌المللی باشند. در مقابل، «امنیت بهداشتی فردی» با مراقبت‌های بهداشتی اولیه و تأمین دسترسی به پیش‌نیازهای اساسی بهداشتی مرتبط است. آی اچ آر و بتع آن سازمان جهانی بهداشت تأکید دارد که گام نخست در جهت تأمین امنیت بهداشتی بین‌المللی توسعه ظرفیت‌ها برای تشخیص و برخورد در هر کشور و حفظ سطحی از همکاری بین همه کشورها است و کشورهایی که توانایی لازم برای ایجاد ظرفیت‌های ضروری را ندارند باید از کمک‌های بین‌المللی برخوردار شوند. امنیت بهداشتی بین‌المللی یا نبود آن می‌تواند بر ثبات اقتصادی و سیاسی نیز اثر بگذارد. نتایج سوء بهداشتی ناشی از فقر و جنگ‌ها، گرمایش زمین و فجایع طبیعی و بشری هم در این چارچوب مطرح است.

اختلافات عمده‌ای در مورد مفهوم «امنیت بهداشتی جهانی» و استفاده از آن در شرایط مختلف وجود دارد. سیاست‌گذاران در جوامع توسعه‌یافته بر حفاظت از مردمشان خصوصاً در برابر تهدیدهای خارجی مانند بیوتروریسم و پاندمی‌ها تأکید دارند. در حالی که مسئولان و سیاست‌گذاران بهداشتی در کشورهای در حال توسعه و نیز در بخش‌هایی از سیستم ملل متحد این مفهوم را در یک چارچوب وسیع‌تر می‌فهمند و معنای وسیع‌تری از آن در ذهن دارند. در واقع، این مفهوم در معنای ثابتی نیز در آژانس‌های مختلف سازمان ملل به کار نرفته است. مثلاً سازمان جهانی بهداشت تعریف مضیقی از «امنیت بهداشتی جهانی» مدنظر دارد. این اصطلاح همچنین در چارچوب مباحث مربوط به «امنیت انسانی» که خصوصاً توسط کشورهای توسعه‌یافته با محوریت ژاپن طی سال‌های اخیر در سیستم ملل متحد مطرح بوده و کشورهای در حال توسعه هنوز با آن موافق نیستند، کاربرد بسیار داشته است.^(۲۲)

برخی نگران آنند که بخشی از کشورهای توسعه‌یافته در حال پی‌گیری دستورکار مخفیانه‌ای در این چارچوب باشند. در برخی از قوانین ملی در بعضی کشورها،

مانند قانون کنگره در سال ۲۰۰۲، مفهوم «امنیت بهداشتی» و حفاظت مردم در قبال بیوتروریسم به نظر یکسان و قابل جایگزین می‌رسند. استفاده گسترده اما نامتجانس از این مفهوم توسط طرف‌های ذی‌ربط در حوزه بهداشت عمومی با برداشته‌ها، اولویت‌ها و دستورکارهای متفاوت تنها موجب آشفتگی و بی‌اعتمادی شده است. مخالفتی جدی و در حال افزایش، خصوصاً از سوی برخی از کشورهای در حال توسعه، با توجیه «امنیتی» همکاری‌های بهداشتی در سطح بین‌المللی وجود دارد.

این سوءتفاهم‌ها در صورتی که لاینحل مانده و تشدید شوند، می‌توانند سازوکارهای موجود برای همکاری بین‌المللی در حوزه بهداشت عمومی را به مخاطره اندازند. تردید برخی از کشورهای در حال توسعه در مورد به شراکت گذاشتن نمونه ویروس‌های بومی و اطلاعات مربوطه که در ارتباط با آنفلوآنزای پاندمیک به آن اشاره شد، نمونه‌ای از مشکلات موجود در جریان اجرای تصمیمات بین‌المللی در حوزه بهداشت عمومی است.

برخی مداخلات نظامیان در اقداماتی که در چارچوب بهداشت عمومی انجام می‌شود نیز موجب نگرانی‌هایی بوده است. نمونه آن مداخله نظامیان خارجی در سونامی ۲۰۰۵ از جمله پروازهای تجسسی در مناطق حساسی مانند آچه اندونزی است. نمونه دیگر حضور نظامیان در حوزه بهداشت عمومی وجود آزمایشگاه‌های «واحدهای تحقیقات پزشکی دریایی»^۱ آمریکا در قاهره، جاکارتا و لیما است. وقتی نوعی آنفلوآنزای مرگی در سال ۲۰۰۲ در مصر دیده شد، مقامات بهداشتی مصری برای تشخیص بیماری و تعیین نوع ویروس مربوطه به شعبه این نهاد آمریکایی در مصر وابسته بودند.^(۲۳) حضور این واحدها شائبه استفاده دو منظوره، هم نظامی و هم بهداشتی و تعارض منافع را ایجاد و موجب نگرانی شده است. یکی از مسئولان عالی‌رتبه سازمان جهانی بهداشت با این پیشنهاد که فعالیت‌ها در حوزه بهداشت عمومی از محل بودجه‌های نظامی تأمین مالی شود، موافقت و پیشنهاد کرد که دولت‌ها «نهادهای ویژه‌ای برای برخورد با مسائل بهداشتی عمومی و امنیت ملی... ایجاد کنند تا بتوانند این دو بخش را به همکاری با هم تشویق کنند».^(۲۴)

1. US Naval Medical Research Units (NAMRU).

حمله با گاز سارین در متروی توکیو و شیوع عمدی سیاه‌زخم در ۲۰۰۱، دولت‌های غربی را نسبت به تهدیدات از این ناحیه حساس کرد و زمینه‌ای برای نزدیک‌شدن برنامه‌های ملی دفاع زیستی^۱ و دفاع ملی از یک سو و نهادهای موجود کنترل بیماری‌ها از سوی دیگر فراهم کرد. این نزدیکی می‌تواند عوارضی چون «امنیتی‌شدن» بهداشت عمومی یا «به‌کارگیری بهداشت عمومی برای مبارزه با ترور» هم داشته باشد.^(۲۵) در برخی از کشورهای پیشرفته از بخش خدمات بهداشت عمومی به‌نحو فزاینده‌ای انتظار می‌رود که به دفاع در برابر بیو تروریسم کمک کند و سرمایه‌گذاری‌های زیادی در این رابطه در حال انجام است؛ تحولی که می‌تواند بر خدمات معمول مانند واکسیناسیون، غربال‌گری، مراقبت‌های معمول بهداشتی و... اثر بگذارد.

انتقاد از دخالت سیاست قدرت و منافع امنیت ملی تنگ‌نظرانه در حوزه بهداشت و امور انسان‌دوستانه از عوارض مفهوم «امنیت بهداشتی جهانی» و به‌طور کلی دخالت سیاست خارجی در بهداشت عمومی است.^(۲۶) به‌طور کلی وارد کردن منافع نظامی و سیاست خارجی (یعنی منافع سیاسی) در حوزه بهداشت عمومی جهانی به‌گونه‌ای غیرمحتاطانه می‌تواند مسئله‌ساز باشد. در جهان امروز و با توجه به صف‌بندی قوا و این که امنیت ملی و منافع ملی که در مرکز توجه سیاست خارجی قرار دارد، متوجه تأمین منافع یک ملت مشخص در چارچوب مرزهای مشخص است، نمی‌توان به‌راحتی از مفاهیمی چون «امنیت بهداشتی»، «امنیت بهداشت عمومی جهانی»، «امنیت ملی»، و «سیاست خارجی»، سخن گفت. در حالی که امکانات بالقوه‌ای برای بسط فعالیت‌های بهداشتی جهانی از طریق مشارکت با دست‌اندرکاران سیاست خارجی و سیاست امنیتی وجود دارد، قراردادن موضوعات مربوط به بهداشت جهانی در چارچوب تهدیدات علیه امنیت ملی می‌تواند به جای تمرکز بر تهدیدهای بزرگ علیه بهداشت جهانی، به تمرکز بیش از حد بر برخی بیماری‌ها که عمدتاً کشورهای ثروتمند را تهدید می‌کنند، منجر شود.

این تردیدها نخستین بار در جریان مذاکرات برای تدوین آی اچ آر ۲۰۰۵ انعکاس یافت و زمینه‌ساز مباحث پیچیده و طولانی شد. در این رابطه، از جمله یکی دو

کشور غربی خواستار آن بودند در صورتی که اقدامات یک کشور برای مبارزه با یک اپیدمی در قلمروش برای جلوگیری از اشاعه جهانی آن ناکافی ارزیابی شود، جامعه بین‌المللی اختیارات گسترده‌ای برای انجام اقدامات دسته‌جمعی، از جمله ورود به قلمرو آن کشور بدون دعوت قبلی، داشته باشد.^(۲۷) این ایده که بی‌شبهت به ایده اقدام پیش‌دستانه^۱ که مبنای حمله آمریکا به عراق شد، نبود، توسط اکثریت کشورها رد شد.

در یک مورد دیگر، در جریان مذاکرات مربوط به شراکت گذاشتن و ویروس آنفلوانزا و شراکت در منافع آن و در حین بحث راجع به متن یک بیانیه موقت در نوامبر ۲۰۰۷، پرتقال به‌عنوان نماینده اتحادیه اروپا پیشنهاد به‌کارگیری اصطلاح «امنیت بهداشتی بین‌المللی» را در بیانیه مطرح کرد و مخالف آن بود که این مفهوم از طریق قید «در چارچوب قوانین ملی کشورها» محدود شود. به عبارت دیگر، اتحادیه اروپا در این مورد بر آن بود که اقدامات لازم برای تأمین امنیت بهداشتی جهانی صرف‌نظر از تطابق یا عدم تطابق آن‌ها با قوانین داخلی کشورها مد نظر قرار گیرد.

در جریان نشست هیأت اجرایی سازمان جهانی بهداشت در ژانویه ۲۰۰۸ نیز مباحثی در مورد «امنیت بهداشتی جهانی» صورت گرفت. در حالی که کلمه «امنیت» در آی اچ آر ۲۰۰۵ به کار برده نشده، دبیرخانه این سازمان در گزارش خود به هیأت اجرایی از آی اچ آر به عنوان «ابزار مهمی برای اطمینان از این که هدف امنیت بهداشت عمومی جهانی به‌طور کامل محقق خواهد شد»، نام برده بود. در این گزارش تعریفی مشابه تعریف مندرج در گزارش سال ۲۰۰۷ از این اصطلاح ارائه شده بود. همچنین، از ایجاد «واحد امنیت بهداشتی و محیط زیست» در نوامبر ۲۰۰۷ توسط مدیرکل جهت هماهنگ‌کردن برنامه‌های تکنیکی که در چارچوب آی اچ آر وظایفی بر عهده دارند، خبر داده شده بود. نماینده برزیل در این مورد معترض شد که کلمه امنیت در آی اچ آر به کار نرفته و او درکی از این که هدف امنیت بهداشت عمومی جهانی چیست، ندارد و نیز اجماعی در مورد آن بین اعضای سازمان موجود نیست. نماینده برزیل پیشنهاد کرد که دولت‌های عضو سازمان در مورد تعریف این اصطلاح کار کنند.^(۲۸)

علی‌رغم نظر نماینده برزیل اصطلاح «امنیت بهداشتی جهانی» یا «امنیت بهداشت عمومی جهانی» قبلاً هم در اسناد سازمان جهانی بهداشت و هم به اشکال

1. Preemptive strike

مختلف و به دفعات در بیانیه ۷ کشور عضو «ابتکار بهداشت عمومی و سیاست خارجی» مورخ مارس ۲۰۰۷ (برزیل نیز یکی از اعضای آن است)، به کار رفته است.^(۲۹) البته، نظر برزیل مبنی بر این که در چارچوب سازمان جهانی بهداشت هنوز تفاهمی در مورد به کارگیری این اصطلاح و تعریف آن حاصل نشده، صحیح است.

در چارچوب اختلاف نظرانی که در حول و حوش مفهوم «امنیت بهداشتی جهانی» وجود دارد، مخاطراتی نیز می‌تواند متوجه اجرا و اعمال آی اچ آر ۲۰۰۵ باشد؛ چرا که این تصور در برخی از کشورهای در حال توسعه شکل گرفته که به شراکت گذاشتن بی‌قیدوشرط اطلاعات و نمونه‌های آزمایشگاهی ممکن است سودی برای آن‌ها نداشته باشد. چون وقتی ظرفیت‌ها بنیادی و خدمات بهداشتی پایه ای در این کشورها قوی نیست، مواجهه مؤثر با پاندمی‌ها مشکل می‌تواند با دوام و کارآ باشد؛ حتی اگر کمک‌هایی نیز از خارج برای اقدامات مربوطه دریافت شده باشد. همچنین، اگر واکنشی که بر مبنای ویروس‌های به شراکت گذشته شده، تهیه می‌شود، خارج از قدرت خرید کشورهای در حال توسعه باشد، نفع چندانی متوجه این کشورها نخواهد شد.

اصطلاح «امنیت بهداشتی» مدت‌ها است که وارد ادبیات بهداشت عمومی شده و بحث در این باره نیز جهت نیل به تفاهمی مدت‌ها باید ادامه یابد. در قانون اساسی سازمان جهانی بهداشت از دستیابی به بهداشت جهت تأمین صلح و امنیت سخن رفته است. مجمع جهانی بهداشت نیز در سال ۲۰۰۱ در قطعنامه ۵۱/۱۴ تحت‌عنوان «امنیت بهداشتی بین‌المللی: هشدار و پاسخ در ارتباط با اپیدمی» را تصویب کرد که در آن مفهوم «امنیت بهداشتی» به استراتژی بین‌المللی برای جلوگیری از شیوع بیماری‌های واگیردار در ورای مرزها ربط داده شده است. در این قطعنامه از تجدیدنظر در آی اچ آر نیز حمایت شده و می‌تواند نخستین گام در ربط دادن «امنیت بهداشتی بین‌المللی» به تبعیت از مفاد آی اچ آر تلقی شود.

گام دیگر در این رابطه با اختصاص عنوان و محتوای گزارش سال ۲۰۰۷ سازمان به «امنیت بهداشت عمومی جهانی» برداشته شد. در این گزارش اصطلاح «امنیت بهداشت عمومی جهانی»^۱ به کار برده شده و تعریفی از آن ارائه گردیده است. این گزارش بین «امنیت بهداشت عمومی جهانی» و «امنیت فردی» که در گزارش سال

1. Global Public Health Security.

۲۰۰۸ سازمان جهانی بهداشت به آن پرداخته شد، تمایز قائل شد. بنا به تأکید سازمان، گزارش سال ۲۰۰۷ تنها بر «موضوعات خاصی که بهداشت مردم را در سطح بین‌المللی تهدید می‌کنند» و تبعیت جهانی از آی‌اچ‌آر ۲۰۰۵ متمرکز بود.

به این ترتیب، سیاست‌گذاران در حوزه‌های سیاست خارجی و بهداشت عمومی باید تحولات در این زمینه را به دقت دنبال کرده و آمادگی‌های لازم برای مشارکت در روند نهایی‌کردن مباحث در این حوزه را داشته و برای تطبیق سیاست‌های خود با تحولات مربوطه آمادگی لازم را کسب کنند.

ابتکار سیاست خارجی و بهداشت

یکی از اقداماتی که طی چند سال گذشته در واکنش به تحول در روابط بهداشت و سیاست خارجی انجام گرفته، اعلام «ابتکار سیاست خارجی و بهداشت جهانی»^۱ از سوی وزرای خارجه برزیل، فرانسه، اندونزی، نروژ، سنگال، آفریقای جنوبی و تایلند در سپتامبر ۲۰۰۶ در نیویورک است. هدف اعلام شده این ابتکار عبارت است از حرکت به سوی نوعی از سیاست خارجی که نگرانی‌های بهداشت عمومی در آن مد نظر باشد. اعلامیه اسلو و دستور کاری برای عمل که اصول و اهداف این ابتکار را منعکس کرده، در مارس ۲۰۰۷ منتشر شدند. ملاقات‌هایی در نیویورک با وزرای خارجه کشورها در حاشیه نشست سالانه مجمع و سمپوزیومی در ژنو برای تحلیل رابطه بین این دو حوزه از اقداماتی بود که در سال اول انجام شد.

در مقاله‌ای که وزرای خارجه نروژ و فرانسه به همراهی مارگارت چن، مدیرکل سازمان بهداشت جهانی، در این مورد نوشته‌اند، تصریح کرده‌اند که این ابتکار در پی آن است که در تدوین سیاست خارجی از منظر بهداشت نیز به مشکلات نگاه شود. در مقاله اضافه شده که انتظار این است که این اقدامات به تبعیت بهتر و سریع‌تر کشورها از تعهدات بهداشتی شان کمک کند و موضوعات بهداشتی با سهولت بیشتری در اولویت‌های سیاست خارجی گنجانده شوند. تسهیل نیل به اجماع در مذاکرات مربوط به بهداشت، ایجاد رابطه‌ای بادوام تر بین بهداشت و سیاست خارجی از طریق تشویق تحقیقات و تحلیل‌ها، آموزش متخصصان سیاست خارجی و بهداشت عمومی در مورد نقاط اشتراک این دو حوزه و تشویق نهادهای تحقیقاتی و دانشگاهی به کار بر روی

1. Foreign Policy and Global Health Initiative.

مشترکات این دو حوزه از دیگر نکات مورد تأکید در چارچوب این ابتکار است. در این مقاله همچنین تصریح شده که توجه کنونی به بهداشت جهانی به عنوان یکی از نگرانی‌های سیاست خارجی فرصتی است که از طریق آن می‌توان نگاه به بهداشت در سیاست خارجی را نهادینه کرد.^(۳۰)

در بیانیه نشست وزرای خارجه کشورهای عضو این ابتکار تصریح شده که «به اعتقاد ما بهداشت یکی از مهم‌ترین و در عین حال مغفول مانده‌ترین و بلندمدت‌ترین موضوعات در سیاست خارجی عصر ما است... عموماً پذیرفته شده است که تهدیدات علیه بهداشت می‌تواند ثبات و امنیت یک کشور را به مخاطره اندازد». در این بیانیه اضافه شده که «بنابراین ما اعتقاد داریم که بهداشت به عنوان یک موضوع سیاست خارجی توجه استراتژیک بیشتری را در دستور کار بین‌المللی می‌طلبد. لذا موافقت کرده‌ایم که اثرگذاری بر بهداشت را به یک نقطه عزیمت و یک عامل عمده که هر یک از کشورهای ما در بررسی عناصر کلیدی سیاست خارجی و استراتژی‌های توسعه مدنظر قرار می‌دهند، تبدیل کنیم و وارد گفتگوهایی در مورد چگونگی برخورد با گزینه‌های سیاست‌گذاری از این منظر شویم». این بیانیه همچنین حاوی تعهداتی است که این کشورها برای ارتقای جایگاه بهداشت در سیاست خارجی خود و عرصه سیاست بین‌المللی پذیرفته‌اند. در این بیانیه گام‌هایی اجرایی نیز برای ارتقاء اولویت موضوعات بهداشتی در سیاست خارجی اعلام شده است. نکته مهم دیگری که در این بیانیه مورد تأکید قرار گرفته اشاره به لزوم وارد شدن سیاست خارجی به حوزه بهداشت عمومی تحت اشکال جدید است. به عنوان مثال، گفته شده که بهداشت می‌تواند نقطه ورود مناسبی برای برقراری گفتگو با سایر کشورها بوده و به ایجاد اعتماد بین طرف‌های ذی‌ربط کمک کند.

سیاست‌هایی که در این بیانیه به عنوان دستور کار وزرای خارجه توصیه شده، حول سه محور اصلی قابل دسته‌بندی است: ۱. ظرفیت‌سازی برای امنیت بهداشتی بین‌المللی ۲. مواجهه با تهدیدات علیه «امنیت بهداشتی بین‌المللی» و «اتخاذ ترتیباتی با این هدف که روند جهانی شدن به سود همگان عمل کند». برای هر یک از این محورها اقدامات مشخصی نیز پیش‌بینی و اعلام شده است.^(۳۱)

برخی از محورهای این بیانیه به شرح زیر قابل تلخیص است:

- تلاش برای افزایش آگاهی از آسیب‌پذیری‌های مشترک در برابر تهدیدهای بهداشتی از طریق بردن موضوعات بهداشتی به نحوی قوی‌تر به درون مباحث و تصمیم‌گیری‌های سیاست خارجی با هدف تقویت تعهدمان به اقدامات هماهنگ در سطح جهانی،
- ایجاد همکاری‌های دوجانبه، منطقه‌ای و چندجانبه در ارتباط با امنیت بهداشتی بین‌المللی از طریق تقویت همکاری‌ها،
- بهبود موقعیت موضوعات بهداشتی به عنوان یک عنصر کلیدی در استراتژی‌های توسعه و مبارزه با فقر،
- اطمینان از این که در امر تجارت اولویت به بهداشت داده شود،
- تأکید بر حق هر کشوری برای استفاده کامل از انعطاف‌های مندرج در TRIPS جهت کسب اطمینان از دسترسی به دارو،
- اطمینان از جایگاه تدابیر بهداشتی در مدیریت منازعات و بحران‌ها و تلاش برای بازسازی،
- اعلام تهیه نخستین مجموعه از تدابیر قابل اجرا جهت افزایش اولویت بهداشت در سیاست خارجی در یک برنامه عمل و تعهد به پی‌گیری موضوع در مناطق خود و نهادهای بین‌المللی.

مشارکت عملی در راهبری بهداشت عمومی جهانی

شماری از کشورها، به‌ویژه کشورهای غربی و معدودی از کشورهای در حال توسعه، اقداماتی را برای تطبیق خود با شرایط نوینی که در اثر توجه متقابل بهداشت عمومی و سیاست خارجی به هم پدید آمده، آغاز کرده‌اند. کشورها تنها در صورتی که نسبت به اهمیت این امر وقوف یابند و روند مربوطه را با موفقیت طی کنند، می‌توانند نقشی در راهبری بهداشتی بین‌المللی بیابند.

در چارچوب این روند، ادارات بهداشتی بین‌المللی در وزارتخانه‌ها ایجاد یا تقویت شده است. موضوعاتی در دستور کار آنها قرار دارد که همزمان دارای ابعاد و ریشه‌هایی در داخل کشور و در سطح بین‌المللی هستند و برخورد با آنها مستلزم برخورداری از اطلاعات لازم در حوزه‌های بهداشت عمومی و موضوعات مبتلا به در این حوزه از یک سو و داشتن دانشی کافی نسبت به الزامات حقوق بین‌المللی، سیاست

بین‌الملل، منافع ملی به‌نحوی واقع بینانه، توانایی انجام مذاکرات ماهرانه و ظرافت‌های لازم برای پیوند دادن این رشته‌های متفاوت و ناهمگون در شرایط دشوار ناشی از بروز ناگهانی بیماری‌های مرگ‌بار از سوی دیگر است.

تلاش‌هایی از سوی بسیاری از کشورها برای تقویت توانایی نمایندگی‌های خود در نیویورک و ژنو و نیز سفارتخانه‌های دوجانبه در جریان است، به‌نحوی که امکانات لازم برای کار در حوزه بهداشت عمومی و مواجهه با مخاطرات ناشی از بروز ناگهانی بیماری‌ها را داشته باشند. در این رابطه، خیلی از کشورها اکنون وابسته بهداشتی تمام وقت برای پی‌گیری موضوعات و مذاکرات بهداشتی پیچیده دارند.

دیپلماسی در مواجهه با بهداشت عمومی خود را ناچار از انعطاف در مواضع سنتی خود دایر بر اکراه و اجتناب از کار با نهادهای جامعه مدنی نیز دیده و از این طریق در جهت پذیرش تکثر و تنوع در این حوزه حرکت کرده است. مشارکت نهادهای غیردولتی همراه با نمایندگان دولت‌ها در مذاکرات چندجانبه یکی از بدایع در حوزه روابط بین‌الملل است که نخستین بار در حوزه دیپلماسی بهداشتی امکان تحقق یافته است. در شورای هماهنگی برنامه مشترک سازمان ملل برای مبارزه با ایدز UNAIDS پنج نماینده از نهادهای غیردولتی در کنار نمایندگان ۲۲ کشور عضو و نمایندگان ۱۰ نهاد تخصصی سازمان ملل عضویت دارند. اعضای جامعه مدنی در مذاکرات، از جمله در تدوین متن تصمیمات و توصیه‌ها، شرکت می‌کنند و تنها نمی‌توانند در رأی‌گیری که امری بسیار نادر است، شرکت کنند. مشارکت بخش خصوصی و بخش عمومی در صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا و شکل‌گیری پلات‌فورم‌هایی حول‌وحوش شماری دیگر از موضوعات بهداشتی در چارچوب‌های دیگر از این قبیل موارد است.

متناسب با شکل‌گیری درکی فزاینده از نیاز به انسجام در سیاست‌گذاری‌ها، شماری از دولت‌ها اقداماتی را برای تطبیق خود با شرایط جدید آغاز کرده‌اند. دسته‌بندی‌هایی مرتبط با بهداشت جهانی که توسط دوایر مختلف دولتی انجام می‌شود، ایجاد سازوکارهای تازه‌ای برای ایجاد هماهنگی در این رابطه و اقدام به تدوین آنچه که معمولاً «استراتژی بهداشتی جهانی ملی»^۱ نامیده می‌شود، در این رابطه قابل ذکرند. ابتکار عمل در این حوزه معمولاً با ادارات بین‌المللی در وزارتخانه‌های بهداشتی

1. National Global Health Strategy.

در این کشورها است. یکی از این اسناد سیاست‌گذاری که شاید نخستین در نوع خود باشد، در سوئیس تهیه شده و حاصل تشریح مساعی دفتر بهداشت عمومی فدرال و وزارت خارجه سوئیس است. این سند تحت عنوان «موافقت‌نامه اهداف سیاست‌های بهداشتی خارجی»^۱ در اکتبر ۲۰۰۶ در کابینه فدرال مطرح شد.^(۳۲)

این سند سه رشته عمده فعالیت در حوزه بهداشت جهانی را که عموماً به موازات هم جریان دارند و حتی اغلب در رقابت با هم هستند، با هم همراه و هم‌سو کرده است. این سه رشته عبارتند از: ۱. فعالیت‌ها در حوزه بهداشت که با موضوعات تقنینی بهداشتی، موافقت‌نامه‌ها و همکاری‌های بین‌المللی و شیوع ناگهانی بیماری‌ها و پاندمی‌ها در سطح جهانی سروکار دارند. ۲. تعهد در قبال امور بهداشتی در بستر کمک به توسعه ۳. ابتکارات در حوزه سیاست‌گذاری در دیگر بخش‌ها مانند سیاست خارجی و تجارت. در این سند به تعهد سوئیس نسبت به حقوق بشر تأکید شده و پنج اولویت در سیاست خارجی بهداشتی مورد تأکید قرار گرفته است. بهداشت مردم سوئیس؛ انسجام بین سیاست‌های ملی و بین‌المللی بهداشتی؛ تحکیم همکاری‌های بهداشتی بین‌المللی؛ بهبود شرایط بهداشتی در سطح جهانی و تحکیم تعهد سوئیس به‌عنوان کشور میزبان سازمان جهانی بهداشت و صنایع عمده بهداشتی.^(۳۳)

مشابه این روند در معدودی از کشورهای در حال توسعه نیز مشهود است. نقش برزیل در این روند با توجه به این که مطابق قانون اساسی آن کشور خدمات بهداشتی باید توسط دولت ارائه شود، مهم است. نقطه عزیمت برزیل در دیپلماسی بهداشتی این است که بهداشت مردم باید در مرکز توجه این دیپلماسی قرار داشته باشد. در این رابطه، برزیل نقش عمده‌ای نیز در تلاش برای تثبیت اولویت بهداشت بر تجارت در سطح بین‌المللی داشته است. یکی از نمونه‌های موفق در برزیل، همکاری وزارت بهداشت و وزارت خارجه این کشور در مورد ایدز است. همکاری این دو وزارتخانه در حوزه‌های دیگر مانند مباحث مربوط به حقوق مالکیت معنوی در حوزه دارو است که مستلزم تجمیع تخصص‌هایی در زمینه تولید دارو، اطلاع از مباحث مربوط به مالکیت معنوی، حقوق بین‌الملل و روابط چندجانبه و... است.

دیپلماسی بهداشتی جهانی برزیل که تاکنون موفق عمل کرده، مبتنی بر کسب آمادگی‌های قبلی در داخل است. به عنوان مثال، در ادوار مذاکراتی چندجانبه طی سال‌های گذشته، دولت برزیل معمولاً یک کمیسیون ملی تحت نظارت وزارت بهداشت تشکیل داده که نمایندگان نهادهای ذی ربط داخلی در آن شرکت و برنامه لازم برای شرکت در ادوار مذاکراتی را تدوین کرده اند. این بدان معنی است که مشارکت در راهبری بهداشت جهانی به نحوی مؤثر مستلزم انجام اقدامات لازم در سطح ملی است.

نتیجه‌گیری

سیاست‌گذاران در حوزه سیاست خارجی تاکنون تنها زمانی به مسائل بهداشتی توجه نشان می‌دادند، که یک بحران بهداشتی مانند سارس یا آنفلوآنزای پاندمیک در جریان بود. در شرایطی که هم وابستگی‌های ناشی از جهانی‌شدن آسیب‌پذیری‌های مشترکی را سبب شده که برخورد با آن مستلزم اقداماتی مشترک است، سیاست‌گذاران در هر دو حوزه سیاست خارجی و بهداشت عمومی در بسیاری از کشورها در پی کسب آمادگی‌های لازم برای تطبیق خود با شرایط جدید و ایجاد اراده سیاسی لازم برای متحول کردن رویه‌های سنتی‌اند.

یکی از مقدمات نظری لازم برای کسب این آمادگی‌ها درک و پذیرش این واقعیت است که در دنیای امروز اتفاقاتی که در سطح بین‌المللی می‌افتد بیش از پیش در حل بهینه مسائل در داخل کشور نقش می‌یابد و متقابلاً نیز طرح و اجرای یک سیاست خارجی موفق از طریق درک درست مسائل و نیازهای داخلی کشورها میسر است. از این رو داشتن درک درستی از مسائل داخلی و بین‌المللی در یک حوزه مشخص، از جمله حوزه بهداشت عمومی، از لوازم توفیق برای برخورد مؤثر با آن‌ها است.

مهم‌ترین لازمه اجرایی برای کسب آمادگی مورد اشاره، غلبه دولت‌ها در سطح ملی بر رویه‌های سنتی مبنی بر تفکیک حوزه‌های مختلف سیاست‌گذاری و اقدام هر حوزه به برنامه‌ریزی برای خود بدون اعتنا به آنچه در سایر حوزه‌ها جریان دارد، است. همکاری حوزه‌های سیاست‌گذاری که دارای همپوشانی هستند و تلاش مسئولان مربوطه برای سیاست‌گذاری توأمان در بخش‌های مشترک پیش شرط تدوین درست و اجرای موفق سیاست‌ها است. بدیهی است که روند جاری مستلزم شکل‌گیری

سازوکارهای جدید و کسب مهارت‌های جدید نیز هست؛ امری که برنامه‌ریزی‌های لازم را ایجاب می‌کند.

اقدام برای تحقق موارد فوق در حوزه سیاست خارجی و بهداشت عمومی مستلزم ظرفیت‌سازی برای حضور مؤثر در دیپلماسی بهداشتی جهانی از طریق ایجاد ساختار سازمانی مناسب برای همکاری جهات مربوطه در سطح ملی و تربیت متخصصین بهداشت عمومی و دیپلمات‌ها با ظرفیت‌های لازم است. از طریق ایجاد شبکه‌های لازم، تبادل تجربه و ظرفیت‌سازی می‌توان توانایی‌های ملی در حوزه دیپلماسی بهداشتی را تقویت کرد. تبادل تجربه در این حوزه‌ها چندی است که بین مدیران روابط بین‌المللی وزارتخانه‌های بهداشت و دوایر مربوطه در وزارتخانه‌های خارجه در داخل و بین آن‌ها با هم‌تایان خارجی‌شان در شماری از کشورها انجام می‌شود. دریافت کمک از کشور یا کشورهایی که در این حوزه پیشرفت‌ها و تجربیاتی دارند، نیز در دستور کار شماری از کشورها است. هدایت دانشکده‌هایی که عهده‌دار تربیت دیپلمات‌ها و متخصصان بهداشت عمومی هستند، در جهت تطبیق با شرایط جدید و تلاش برای بهره‌گیری از توان آن‌ها در این زمینه از دیگر اقداماتی است که در برخی از کشورها در جریان است.

یادداشت‌ها

1. <http://www.who.int/ihr/prepare/FAQ2009.pdf>, retrieved on 3 Feb. 2010
2. Dr Margaret Chan, *Health diplomacy in the 21st century*, Oslo, Norway, 13 February 2007 http://www.who.int/dg/speeches/2007/130207_norway/en/¹ failed states
3. <http://www.oagaviation.com/aviation-reports/reports-facts-0210.htm>, retrieved on 17 Feb, 2010
4. Knobler S, M, Mahmoud A, Lemon S, ed.: *The Story of Influenza: The Threat of Pandemic Influenza: Are We Ready? Workshop Summary (2005)*. Washington, D.C.: The National Academies Press. <http://darwin.nap.edu/books/0309095042/html/60.html>, retrieved on Jan. 17 2010
5. World Health Organization, *The world health report 2007: a safer future: global public health security in the 21st century*, 2007, Geneva, p. x
6. UNIS/SC/1173, 11 January 2000, retrieved on February 10, 2010, <http://www.unis.unvienna.org/unis/pressrels/2000/sc1173.html>

7. Milan Brahmbhatt, *Economic Impacts of Avian Influenza Propagation*, World Bank, Institut Pasteur, June 29, 2006, <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0>
 8. AIDS epidemic update: December 2009 “UNAIDS/09.36E / JC1700E”.
 9. The Short-Term Costs of Fighting HIV/AIDS, retrieved on 29 Jan. 2010, <http://content.healthaffairs.org/cgi/data/28/6/DC2/2>
 10. World Health Organization, *The world health report 2007*, op. cit., p. xxi
 11. International Health Regulations (2005), 2nd ed., WHO, Geneva, 2008
 12. Resolution WHA 61.21
 - 1¹ Intergovernmental Meeting: Pandemic influenza preparedness: sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits
 13. WHO Framework Convention on Tobacco Control, WHO, Geneva, 2005
 14. Negotiating Text for a Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Product: FCTC/COP/INB-IT/3/5 Rev. 1 of 5 July 2009
 15. Julian Tudor Hart, *The Inverse Care Law*, *The Lancet*, Vol. 297, February 1971.
 16. Dr Margaret Chan, *Global health diplomacy: negotiating health in the 21st century*, Address at the Second High-level Symposium on Global Health Diplomacy, 21 October 2008, <http://www.who.int/dg/speeches/2008/20081021/en/>, retrieved on 5 Feb. 2010
 17. See: Richard G.A. Feachem, *Commission on Macroeconomics and Health*, Bulletin of the World Health Organization, vol.80 no.2, Geneva, 2002
 18. Resolution A 59/15 of 16 April 2006
۱۹. لیستی از این نهادها در آدرس زیر در دسترس است:
<http://www.who.int/civilsociety/relations/ngolisteb120.pdf>
20. <http://www.theglobalfund.org/en/about/> retrieved on 10 Feb. 2010
 21. *The World Health Report 2007*, Op. Cit., p. ix.
 22. For a concise explanation of and controversies surrounding the term, see: S. Tadjbakhsh, *Human Security in International Organizations: Blessing or Scourge?*, *The Human Security Journal*, Vol. 4, Summer 2007.
 23. William Aldis, *Health security as a public health concept: a critical analysis*, *Health Policy and Planning*, 2008 23(6), p. 372.
 24. Guénaél Rodier, *New rules on international public health security*, *Bulletin of the WHO*, Vol. 85, No. 6, June 2007.
 25. Gursky EA. *Drafted to fight terror. In: U.S. public health on the front lines of biological defense* (2004) retrieved on 3 Sept. 2007. Arlington, VA: Analytic Services, Inc. (ANSER). Online at: http://www.homelandsecurity.org/bulletin/drafted_gursky.pdf
 26. See for example: Paul Farmer, *Infections and inequalities: the modern plagues*, Berkeley, CA: University of California Press, 1999.

27. William Aldis, op. cit., p. 372.
28. WHO Board debates, *global health security*, SUNS #6399, 24 January 2008.
29. Oslo Ministerial Declaration – global health: a pressing foreign policy issue of our time, *The Lancet*. Vol. 369 - April 21, 2007.
30. M. Chan, Jonas G. Støre, and B. Kouchner, *Foreign policy and global public health: working together towards common goals*, WHO Bulletin, Vol. 86, No. 7, 2008 July, p. 498.
31. Oslo Ministerial Declaration- Op. Cit.
32. Ilona Kickbusch, Gaudenz Silberschmidt, Paulo Buss, *Global health diplomacy*, WHO Bulletin, Vol. 85, No. 3, March 2007, p. 161.
33. Ibid.

