

Akhlāq-i zīstī

i.e., Bioethics Journal

2022; 12(37): e43

The Bioethics and Health
Law InstituteMedical Ethics and Law
Research CenterInternational Association
of Islamic Bioethics

Bioethics and Human Rights in the Formation of the Global Health Rights System

Zahra Ziafati Sabbagh¹

1. Department of International Law, Payam Noor University, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Global health is a very important concept whose main focus is on the globalization of individual and public health (especially in developing and less developed countries) and access to health justice for all people around the world. As a result, this concept is often considered equivalent to public health and separate from the fields of human rights and bioethics. This study was conducted with the aim of investigating the impact of bioethical norms and human rights in the formation of the global health rights system.

Methods: This research is of theoretical type and the research method is descriptive-analytical and the method of data collection is library which has been done by referring to documents, books and articles.

Ethical Considerations: In order to organize this research, while observing the authenticity of the texts, honesty and fidelity have been observed.

Results: Legal systems are not established by anyone; the fact is that legal systems are a set of connections between different actors in which there are processes of normalization and accountability. Another point to keep in mind is that in a legal system the main goal is not to impose unity on plurality because it is almost impossible. In fact, the main goal is to build an identity with the help of legal norms; Something that can be considered in the formation of the global health rights system.

Conclusion: In the light of the approach resulting from theories of global legal pluralism, recent developments in international medical law and bioethics are an important step in the formation of the global health legal system. In other words, human rights norms play a key role in the development of fundamental and organizational independence of global health.

Keywords: World Health; International Law; Transnational Law; World Health Organization

Corresponding Author: Zahra Ziafati Sabbagh; **Email:** fz.ziafati@gmail.com

Received: April 17, 2021; **Accepted:** Jun 22, 2021; **Published Online:** February 14, 2023

Please cite this article as:

Ziafati Sabbagh Z. Bioethics and Human Rights in the Formation of the Global Health Rights System. Akhlāq-i zīstī, i.e., Bioethics Journal. 2022; 12(37): e43.



اخلاق زیستی و حقوق بشر در شکل‌گیری نظام حقوق بهداشت جهانی

زهرا ضیافتی صباغ¹ ID

۱. گروه حقوق بین‌الملل، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: بهداشت جهانی یک مفهوم بسیار مهم می‌باشد که تمرکز اصلی آن بر جهانی‌سازی بهداشت فردی و عمومی (به طور خاص در کشورهای در حال توسعه و کمتر توسعه یافته) و دسترسی به عدالت بهداشتی برای همه مردم در سراسر جهان است، در نتیجه این مفهوم غالباً معادل با بهداشت عمومی و جدای از حوزه حقوق بشر و اخلاق زیستی در نظر گرفته می‌شود. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر هنجارهای اخلاق زیستی و حقوق بشر در شکل‌گیری نظام حقوق بهداشت جهانی انجام شد.

روش: این تحقیق از نوع نظری بوده، روش تحقیق به صورت توصیفی - تحلیلی می‌باشد و روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت کتابخانه‌ای است و با مراجعه به اسناد، کتب و مقالات صورت گرفته است.

ملاحظات اخلاقی: در تمام مراحل نگارش پژوهش حاضر، ضمن رعایت اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

یافته‌ها: نظام‌های حقوقی توسط هیچ کس تأسیس نمی‌شوند، واقعیت این است که نظام‌های حقوقی مجموعه‌ای از ارتباطات بازیگران مختلف است که در بطن آن فرآیندهای هنجارسازی و مسئولیت‌پذیری وجود دارد. نکته دیگری که باید در نظر داشت، این است که در یک نظام حقوقی هدف اصلی، تحمیل وحدت بر کثرت نیست، زیرا این امر تقریباً غیر ممکن است. در واقع هدف اصلی ساختن هویت با کمک هنجارهای حقوقی می‌باشد؛ امری که در شکل‌گیری نظام حقوق بهداشت جهانی قابل تأمل است.

نتیجه‌گیری: در پرتو رویکرد ناشی از نظریات کثرت‌گرایی حقوقی جهانی، تحولات اخیر در حقوق پزشکی بین‌المللی و اخلاق زیستی، یک گام مهم در شکل‌گیری نظام حقوقی بهداشت جهانی را تشکیل می‌دهد. به تعبیری، هنجارهای حقوق بشر در رشد استقلال اساسی و سازمانی بهداشت جهانی، نقش اصلی را ایفا می‌کنند.

واژگان کلیدی: بهداشت جهانی؛ حقوق بین‌الملل؛ حقوق فراملی؛ سازمان بهداشت جهانی

نویسنده مسئول: زهرا ضیافتی صباغ؛ پست الکترونیک: fz.ziafati@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۲۷؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۴/۰۱؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۱۱/۲۵

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Ziafati Sabbagh Z. Bioethics and Human Rights in the Formation of the Global Health Rights System. *Akhlaq-i zisti*, i.e., *Bioethics Journal*. 2022; 12(37): e43.

مقدمه

به طور کلی، بهداشت جهانی به عنوان فضایی متشکل از رویه‌ها، پژوهش‌ها و آموزش‌های متمرکز بر بهداشت و نیروهای اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی محسوب می‌شود و شاخه‌ای مربوط به موضوعات مرتبط با سلامت است که فراتر از حدود مرزهای دولت‌ها قرار گرفته است. علیرغم اینکه میان بهداشت و درمان عمومی تفاوت‌های هنجاری و ساختاری وجود دارد، اما به نظر می‌رسد، مفهوم بهداشت جهانی شامل تمام مواردی است که به طور مستقیم یا غیر مستقیم بر ارتقای بهداشت در میان مردم، مراقبت و درمان بالینی افراد تأثیر دارد، در نتیجه با در نظر گرفتن این مطلب، حاکمیت بهداشت جهانی به معنای به کارگیری کلیه نهادهای، قوانین و فرآیندهای رسمی و غیر رسمی توسط دولت‌ها، سازمان‌های بین‌المللی و بازیگران غیر دولتی برای مقابله با چالش‌های بهداشتی است که نیاز به اقدام جمعی فرامرزی دارند، می‌باشد. هدف از مقاله حاضر ارائه یک چارچوب مفهومی برای بررسی تحولات اخیر در حقوق بهداشت جهانی و همچنین تجزیه و تحلیل مفهوم حقوق اساسی بهداشت جهانی است. این مباحث در ارتباط با الگوها و مسائلی که در حوزه‌های مختلف، از جمله حقوق بین‌الملل عمومی، حقوق بشر، حقوق پزشکی و بهداشت عمومی پس از شکل‌گیری و استقرار حقوق اساسی بهداشت جهانی ایجاد می‌شوند، کمک فراوانی می‌کند.

اهمیت و ضرورت پرداختن به موضوع پژوهش حاضر از چند منظر قابل توجه است: اول اینکه، بهداشت جهانی با چالش‌های عملی دشواری، از جمله گسترش دایره چالش‌های بهداشتی (از قبیل بیماری‌های واگیردار مانند کرونا، ایدز و...)، جهانی‌شدن خطرات زیست‌محیطی و بهداشتی از طریق پیشرفت‌های تکنولوژی، تغییرات شدید آب و هوایی، در نهایت، دیجیتالی و جهانی‌شدن تحقیقات پزشکی و خدمات مراقبت‌های بهداشتی، مواجه است؛ دوم اینکه در حال حاضر حقوق و حاکمیت بهداشت جهانی از نظر ساختاری، موضوعی و هنجاری، به صورت چندپارچه می‌باشد. این چندپارچه‌شدن

ارتباط مستقیمی با افزایش تسلط بازیگران غیر دولتی در سیاست بین‌المللی در زمینه بهداشت و در عین حال کاهش میزان رهبری سازمان بهداشت جهانی دارد. کثرت‌گرایی و چندپارچه‌بودن عموماً مانع ایجاد و تداوم واکنش‌ها و پاسخ‌های مناسب از سوی اعضای جامعه بین‌المللی به چالش‌های بهداشت جهانی است.

حقوقدانان و نویسندگان حوزه بهداشت عمومی معمولاً بر مشکلات نظارتی خاص (مانند وضعیت بیماری‌های واگیردار) تمرکز دارند، در حالی که نویسندگان حوزه حاکمیت بهداشت جهانی در راستای طرح‌های نهادی و سازمانی فعالیت می‌کنند. علیرغم اینکه این دو حوزه رابطه نزدیکی با یکدیگر دارند، اما نظریه‌پردازی و ارائه راهکار در دو حوزه مزبور کاملاً با یکدیگر متفاوت است. از طرفی هم نویسندگان و حقوقدانان حقوق بشر و فلاسفه اخلاق‌گرا که به موضوعات عدالت فردی و جهانی‌گرایی دارند، فضای تحلیلی میان بهداشت عمومی و حاکمیت بهداشت جهانی را پُر می‌کنند.

پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این پرسش‌ها می‌باشد که آیا نظریه‌پردازی از یک نظام حقوقی بهداشت جهانی امکان‌پذیر است؟ آیا می‌توانیم روند شکل‌گیری حقوق بهداشت جهانی را مشاهده کنیم؟

یکی از پیش‌فرض‌های پژوهش حاضر، کثرت‌گرایی و حاکم‌شدن فضای پست‌مدرنیسم بر روابط تابعان حقوق می‌باشد. در این فضا، علاوه بر بازیگران دولتی، شاهد حضور فعال بازیگران غیر دولتی نیز هستیم. این بازیگران نه تنها در فرآیندهای قدرت سیاسی حاکمیت جهانی شرکت می‌کنند، بلکه نظام‌های خود را نیز که خارج از فضای سنتی روابط بین‌المللی دولت‌ها شکل گرفته است را نیز ایجاد می‌کنند. این وضعیت (یعنی حضور بازیگران غیر دولتی و ورود متغیرهای مختلف در فضای روابط بین‌المللی) در حوزه بهداشت و سلامت جهانی با شدت بیشتری وجود دارد. در پژوهش حاضر تمرکز اصلی بر محتویات حقوق اساسی بهداشت جهانی نیست، بلکه فرآیندهایی است که به ظهور زمینه جدیدی از حقوق فراملی کمک می‌کند.

روش

این تحقیق از نوع نظری است. روش تحقیق به صورت توصیفی - تحلیلی می‌باشد و روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت کتابخانه‌ای است و با مراجعه به اسناد، کتب و مقالات صورت گرفته است.

یافته‌ها

۱. تکثر ساختاری و هنجاری نظام بهداشت جهانی: از زمان تصویب اساسنامه سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۸، چالش‌ها و موضوعات حوزه بهداشت جهانی توسط این سازمان رهبری شده است. به موجب بند اول از ماده ۲ اساسنامه سازمان بهداشت جهانی، این سازمان، اداره اموری که مربوط به سلامت است و جنبه بین‌المللی دارد را بر عهده دارد. این رویکرد در آثار اغلب نویسندگان وجود دارد که سازمان بهداشت جهانی باید به عنوان یک آژانس بهداشتی و درمانی تمام فعالیت‌های حقوقی و غیر حقوقی مؤسسات مختلف را بررسی و در نظر بگیرد تا از این طریق بتواند مدیریت جمعی مؤثرتری در زمینه بهداشت و سلامت جهانی داشته باشد (۱). اساسنامه سازمان برای ایجاد یک مبنای رسمی جهت تضمین انسجام نظام بهداشت جهانی طراحی شده بود، اما با گذشت زمان سایر بازیگران نیز مانند یونیسف در مورد مسائل بهداشتی (از جمله برنامه‌های بهداشتی و ایمن‌سازی مادران و کودکان) مدعی تخصص و صلاحیت شدند (۲). موقعیت سازمان بهداشت جهانی با شروع فرآیند جهانی‌شدن و ظهور ذی‌نفعان جدید، از جمله سازمان‌های دولتی و غیر دولتی، بنیادهای بشردوستانه، گروه‌های مذهبی و شرکت‌های خصوصی بیشتر تضعیف شد. در واقع به جای اصلاح و تقویت سازمان‌ها و بازیگران موجود، انرژی بیشتری صرف ایجاد بازیگران جدید و گسترش صلاحیت سایرین بازیگران شد (۳).

یکی از دلایل اصلی گسترش تعداد بازیگران غیر دولتی، مسائل مالی و اقتصادی و به طور خاص سیاست‌های مرتبط با برنامه‌های تعدیل ساختاری و گسترش حقوق مالکیت فکری

است که توسط بانک جهانی و صندوق بین‌المللی پول اجرا می‌شود. در راستای اجرای سیاست‌های مزبور، کمک‌های خارجی به سوی سازمان‌های غیر دولتی و به طور کلی فضایی خارج از سازوکارهای دولتی متمرکز شد. بانک جهانی، آژانس توسعه بین‌المللی ایالات متحده و سایر اهداکنندگان عمده، کانال‌های زیادی از بودجه بهداشتی خود را به بازیگران غیر دولتی انتقال دادند و از این طریق ارائه خدمات بهداشتی از طریق سیستم‌های بهداشت عمومی را تقویت کردند (۴).

در همین راستا باید به یک جنبه دیگر نیز توجه داشته باشیم. جداسدن بازیگران غیر دولتی از فضای دولت‌ها، یک مانع مهم برای سنجش کارایی و نظارت مستقیم بر فعالیت‌ها محسوب می‌شود. همین مسأله باعث شده است که بازیگران مختلف حوزه سلامت و بهداشت، تلاش‌های غیر متمرکز و پراکنده‌ای داشته باشند. نتیجه این امر، کوتاهی مؤسسات بهداشت جهانی در بیان اهداف روشن و گام‌برداشتن در جهت دستیابی به اهداف مشترک شد، علاوه بر این در سایر حوزه‌ها مانند تجارت و سرمایه‌گذاری نیز توجه کافی به مقوله سلامت و بهداشت نشده است (۵).

البته همه نویسندگان و حقوقدانان نسبت به وضعیت موجود بدبین نیستند. به زعم برخی از نویسندگان، تحولات اخیر در واقع گذار از رویکرد آنارشی سنتی در فضای دولت‌محوری به رویکرد جدیدی است که در حال حاضر فاقد ساختار منسجم و در عین حال بازیگران آن متکثر می‌باشند. در این فضای جدید که در واقع یک فضای پاسوستفالیایی محسوب می‌شود، هم دولت‌ها و هم بازیگران غیر دولتی واکنش‌ها و پاسخ‌های لازم به تهدیدات و فرصت‌های فراملی در زمینه بهداشت و سلامت را شکل می‌دهند. به زعم این دسته از نویسندگان، فضای باز موجود، به همه بازیگران اجازه می‌دهد تا برای دسترسی به بهداشت جهانی به همه منابع موجود و در دسترس مراجعه کنند و آن‌ها را به کار گیرند که این امر باعث ایجاد یک حاکمیت منسجم می‌شود که بسیار قدرتمندتر و بهتر از ماحصل کار سازمان بهداشت جهانی است. در عین حال، از نظر همین نویسندگان تکثر موجود در فضای روابط بین‌المللی

این مسائل مانع از آن می‌شود که سازمان بهداشت جهانی را در حال حاضر مرکز یک نظام بهداشت جهانی در نظر بگیریم. در همین راستا برخی معتقدند که علیرغم تلاش‌های حقوقی متعدد، مانند بیانیه مشترک یونیسف/سازمان بهداشت جهانی در آلماتی مورخ ۱۹۷۸، سازمان بهداشت جهانی تمایلی به پیگیری رویکردهای حقوق بین‌الملل و حقوق بشر در زمینه بهداشت عمومی را ندارد. شاهد این مدعی، تصویب سه سند بین‌المللی حقوق بشر در زمینه پزشکی و اخلاق زیستی از سوی سازمان ملل و یونسکو می‌باشد که در ادامه پژوهش حاضر به آن‌ها اشاره خواهیم داشت. همچنین کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ملل متحد در ارتباط با وظایف شبه‌قضایی در زمینه حق بر سلامت نیز وضعیت مشابهی دارد؛ به بیان ساده‌تر، همه این مسائل اصولاً باید از طریق سازوکارهای سازمان بهداشت جهانی یا حداقل با همکاری سازمان مزبور صورت بگیرد (۹).

نکته دیگری که در همین راستا باید به آن توجه داشت این است که حوزه حقوق بهداشت جهانی عمده‌تاً تحت تأثیر اسناد و حقوق نرم بین‌المللی از جمله اعلامیه‌ها، توصیه‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها، اطلاعیه‌ها و قطعنامه‌ها قرار دارد. علاوه بر این، حوزه بهداشت جهانی با منابع مختلف تعهدات بین‌المللی و داخلی از جمله قوانین ملی، سایر نظام‌های حقوق بین‌المللی (مانند تجارت جهانی، محیط زیست، کار)، مقررات سازمان‌های بین‌المللی، توافق‌نامه‌های میان‌بازیگران بخش خصوصی و ترتیبات سازمانی نیز درگیر می‌شود. در واقع این تکثر ساختاری و هنجاری، شخصیت نظام‌مند حقوق بهداشت جهانی را تیره و مبهم می‌کند (۱۰). همین مسأله به نوبه خود یکی از دلایل مهمی است که بهداشت جهانی به اندازه کافی به کانون توجه جامعه بین‌المللی تبدیل نشده است.

۱-۱. واکنش‌های بین‌المللی به تکثر نظام بهداشت جهانی: با توجه به وجود تکثر فراوانی که در فضای روابط میان تابعان حقوق بین‌الملل در ارتباط با حقوق بهداشت جهانی وجود دارد، نیاز به هم‌گرایی و ایجاد یک نظام واحد و منسجم در ادبیات مدیران سیاسی جهان و همچنین

برای ایجاد و حفظ زیرساخت‌های بهداشت عمومی در سطح محلی، ملی و بین‌المللی مشکلات عظیمی را ایجاد می‌کند (۶). اینجاست که مسائل مربوط به عالم حقوق و عناصری مانند الزام‌آوری و ضمانت‌اجرا اهمیت فراوانی پیدا می‌کنند.

هنجارهای حقوقی که در محیط ناهمگون و به روشی ناهماهنگ، ناقص و بی‌شکل در حال توسعه هستند، نظامی را تشکیل می‌دهند که غیر مؤثر و ناکارآمد است. دولت‌ها و بازیگران غیر دولتی در بهترین حالت که یک معاهده یا سند الزام‌آور بین‌المللی را به امضا و تصویب می‌رسانند، باز هم بنا به دلایل مختلف از تغییر و انطباق رفتار خود عاجز هستند (۷). آنچه که مشکلات عملی و مفهومی را تشدید می‌کند، گسترش اسناد و ابزارهای غیر الزام‌آور و ایجاد رویه‌های جدید بر مبنای آن‌ها می‌باشد که رویه‌های مزبور از طریق عرف بین‌الملل لازم‌الاجرا می‌شوند.

علیرغم اینکه سازمان بهداشت جهانی، قدرت هنجاری زیادی در اختیار دارد، اما در حال حاضر صرفاً سه سند بین‌المللی لازم‌الاجرا در حوزه بهداشت جهانی وجود دارد: ۱- توافق‌نامه طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها مصوب ۱۹۴۸؛ ۲- کنوانسیون چارچوبی سازمان بهداشت جهانی برای کنترل دخانیات مصوب ۲۰۰۳؛ ۳- مقررات بین‌المللی بهداشت مصوب ۱۹۶۹؛ این اسناد اغلب با ضعف‌های ساختاری متعدد، از جمله استانداردهای مبهم، نظارت ناکارآمد، سازوکارهای اجرایی ضعیف و عدم استفاده کافی و مناسب از منابع دولتی و غیر دولتی، مواجه هستند. تأثیر این اسناد بنا به دلایل مختلف بسیار ضعیف شده است، زیرا هیچ‌گونه پشتیبانی مالی یا فنی برای آن‌ها وجود ندارد و از طرفی نیز دولت‌ها ممکن است مفاد آن‌ها رد کنند و یا نسبت به مقررات آن‌ها حق شرط خود را اعمال کنند. از همه مهم‌تر اینکه این اسناد فاقد سازوکار اجرایی لازم برای رسیدگی به موارد عدم پایبندی دولت‌ها هستند. در همین راستا، برخی پژوهش‌ها در ارتباط با اثر بخشی مقررات بین‌المللی بهداشت نشان می‌دهند که این سند، به دلیل ضعف سیستم‌های نظارتی ملی و اقدامات حفاظتی، در دستیابی به اهداف اصلی خود نسبتاً ناکام مانده است (۸).

ایجاد هماهنگی با بازیگران دولتی را نباید از نظر دور داشت (۶). با توجه به آنچه تا به حال بیان شد، به نظر می‌رسد که حاکمیت بهداشت جهانی، ارتباط نزدیکی با نظریه کثرت‌گرایی حقوقی دارد.

۱-۲. سلامت جهانی از دریچه کثرت‌گرایی جهانی: تلاش‌های فراوانی از سوی نهادهای بین‌المللی و نویسندگان حقوق و روابط بین‌الملل در جهت تئوری‌پردازی «تکثر عالم حقوق» صورت گرفته است (۱۴). کمیسیون حقوق بین‌الملل این موضوع را پس از سال ۲۰۰۰ در دستور کار گروه مطالعاتی خود قرار داد. در گزارش نهایی کمیسیون (۱۵)، این مسأله مورد پذیرش قرار گرفت که نظام‌های خودکار و اختصاصی در فضای حقوق و روابط بین‌الملل ایجاد شده است. در واقع روابط میان تابعان حقوق به سمت اختصاصی شدن حرکت کرده است، در نتیجه قواعد و اصول عام توانایی تنظیم روابط مزبور را ندارد. به همین جهت نیاز به تعریف و طراحی اصول و قواعد اختصاصی می‌باشد. این اصول و قواعد اختصاصی در بطن همان روابط اختصاصی تابعان حقوق در قامت رویه‌های جدید متولد شده‌اند، در نتیجه در بطن یک نظام بزرگ حقوقی بین‌المللی، نظام‌های اختصاصی کوچک‌تری ایجاد شده است (۱۶).

از این منظر، حقوق بهداشت جهانی یک کاندید مناسب برای قرارگرفتن در طبقه‌بندی نظام‌های اختصاصی محسوب می‌شود. از طرفی، نهادینه‌سازی بهداشت جهانی مدت‌هاست که در دستور کار جامعه بین‌المللی و بازیگران اصلی آن قرار گرفته است. اولین گام در این روند مربوط به طراحی و تصویب اولین قوانین و استانداردهای کلی برای کنترل بهداشت و نگرانی‌های راجع به آثار جانبی پیشرفت‌های علمی در قرن نوزدهم می‌باشد. این دوره تحت تأثیر مداخلات دولت‌ها در توسعه بهداشت عمومی بود (۱۷)؛ گام دوم در این روند، پایان جنگ جهانی دوم و تشکیل سازمان بهداشت جهانی و مؤسسات تخصصی ملل متحد می‌باشد که وظیفه اصلی آن‌ها کارکردن بر روی طراحی و تصویب مقررات بهداشت جهانی است. منطقی‌تر از این گام بیشترین احتمال شکل‌گیری نظام

نویسندگان حقوق و روابط بین‌المللی شکل گرفت. در ادبیات مزبور دو کلیدواژه بسیار پررنگ می‌باشد: ۱- نیاز به چارچوبی دقیق برای سالم و عادلانه‌نگه‌داشتن نظام جهان؛ ۲- نیاز به رویکردی جامع به کمک‌های بهداشتی جهانی (۱۱).

به همین جهت سال‌هاست که محققان و نویسندگان پیشنهاد یک معاهده بهداشت جهانی را ارائه کرده‌اند. در همین راستا در آوریل ۲۰۱۱ بان‌کی مون (Bankmon) دبیرکل وقت ملل متحد خطاب به رهبران سیاسی جهان، خواستار همبستگی جهانی بر اساس اصول مسئولیت مشترک و مسئولیت‌پذیری متقابل برای کنوانسیون چارچوبی راجع به بهداشت جهانی شد (۱۲).

با در نظرگرفتن نظرات و رویکردهای مختلف، یک کنوانسیون جهانی باید حداقل محورهای زیر را داشته باشد: ۱- هنجارها و اولویت‌های قابل استفاده جهانی برای سیستم بهداشتی و نیازهای بنیادین انسان؛ ۲- به طور مؤثر بر تعداد و فعالیت‌های بازیگران حاکم باشد؛ ۳- ایجاد سازوکارهایی برای مطالبه و مسئول قلمدادکردن دولت‌ها و نهادهای غیر دولتی در ارتباط با تعهدات حوزه سلامت و بهداشت؛ ۴- ایجاد یک فرآیند جهانی برای شکل‌گیری تعهدات جدید برای پاسخ به نیازها و چالش‌هایی که به مرور زمان در فضای روابط بین‌المللی ایجاد می‌شود (۱۳).

مع‌الوصف، با گذشت چندین سال از طرح پیشنهاد یک کنوانسیون چارچوبی جهانی، هنوز راه فراوانی تا عملیاتی‌شدن آن باقی مانده است. در حال حاضر به نظر می‌رسد با توجه به تکثر موجود در فضای روابط بین‌المللی، نقش‌آفرینی بهداشت و سلامت جهانی در امور بین‌المللی از نظر سیاسی یا تحلیلی از طریق یک ساختار و چارچوب حاکمیتی واحد به دست نمی‌آید. نکته دیگری که در همین راستا باید به آن توجه داشت این است که، روند ایجاد نظم یکپارچه برای فضای چندپارچه فعلی منطقی با مقاومت بازیگران دولتی و غیر دولتی مواجه خواهد شد، زیرا که محور منافع بازیگران مزبور نسبت به یکدیگر متفاوت هستند، البته در این میان، انعطاف و تغییرپذیری بیشتر بازیگران غیر دولتی و توانمندی آن‌ها در

کند. در واقع نیاز به وضع مقررات برای جلوگیری از فروپاشی و گسترده‌گی بدون قاعده ایجاد می‌شود. این لحظه، همان لحظه تولد نیاز برای شکل‌گیری و تولید یک نظم حقوقی است. در حوزه حقوق بهداشت جهانی چند مرحله وجود دارد که تداعی‌کننده این لحظه حساس هستند. اولین لحظه را می‌توان فضای جنگ جهانی دوم و جنایاتی که در بطن آن به نام علم پزشکی رخ داد، در نظر گرفت. دومین لحظه، واکنش جهانی به بیماری واگیردار ایدز و ظهور الگوی جدید بهداشت جهانی است و نهایتاً سومین لحظه، انقلاب بیوتکنولوژی می‌باشد.

۲-۱. مبانی شکل‌گیری بهداشت جهانی پس از جنگ: در نتیجه فجایع جنگ جهانی دوم، برخی از مهم‌ترین هنجارهای نظام بهداشت جهانی در کد نورمبرگ و اعلامیه هلسنکی در مورد اصول اخلاقی تحقیقات پزشکی به تصویب رسیده است (۱۹). این اسناد اصل مصونیت جسمی و روانی و ممنوعیت آزمایش پزشکی بدون رضایت را مورد شناسایی قرار داده‌اند. چند سال بعد اصول مزبور در متن ماده ۷ میثاق حقوق مدنی و سیاسی و متعاقباً در اصول راهنمای اخلاقی بین‌المللی تحقیقات زیست‌پزشکی مورخ ۲۰۰۲ (۲۰) منعکس شد. از طرفی نیز مفاد ماده ۷ میثاق به عنوان یکی از مقررات غیر قابل عدول و از مصادیق حقوق بنیادین بشری مورد پذیرش قرار گرفته است. به تعبیری برای نقض مفاد ماده ۷ میثاق نمی‌توان به هیچ کدام از علل و عوامل رافع و موجهه مسئولیت مانند اقدامات متقابل، دفاع مشروع و... استناد کرد. یکی دیگر از نمودهای بارز نظام بهداشت جهانی پس از جنگ جهانی دوم، تصویب مجموعه‌ای از هنجارهای مربوط به حق بر سلامتی است.

اول از همه، تأسیس سازمان بهداشت جهانی در ادبیات نویسندگان حقوق و روابط بین‌الملل به عنوان پیشرفتی فوق‌العاده در تکامل نهادهای بهداشتی بین‌المللی توصیف شده است (۲۱). سازمان بهداشت جهانی سند تأسیس خود را منشور کبیر سلامت نامگذاری کرد (۲۲). حق بر سلامت در قامت یک وضعیت کامل جسمی، روانی و اجتماعی (و نه صرفاً

اختصاصی بهداشت جهانی وجود داشت، در نهایت نهادینه‌سازی بیشتر در اوایل سال ۲۰۰۰ با ظهور مشارکت بخش‌های عمومی و خصوصی صورت گرفت (۱۸).

در اینجا باید این پرسش را مطرح کنیم که آیا این روند تا به حال منجر به شکل‌گیری یک نظام حقوقی مستقل و اختصاصی شده است؟ برای پاسخ به این پرسش باید به چند نکته توجه داشت: اول اینکه، همانطور که پیش‌تر اشاره کردیم، نقش رهبری سازمان بهداشت جهانی طی سال‌های اخیر با چالش‌هایی مواجه شده است؛ دوم اینکه، شناسایی حقوق و تعهدات معاهداتی مشخص و همچنین قواعد ثانویه (قواعد مربوط به مسئولیت) خاص که بتواند صراحتاً یک نظام اختصاصی حقوقی را تشکیل دهد، در حال حاضر غیر ممکن است، از طرفی حقوق بهداشت جهانی همچنان به صورت پراکنده وجود دارد و فاقد یک مرجع مشترک حقوقی برای حل اختلافات داخلی و خارجی است؛ سوم اینکه، هیچ هیأت قضایی مستقلی وجود ندارد که بخواهد مقررات و هنجارهای موجود در زمینه بهداشت جهانی را تفسیر و راهکارهایی برای حل اختلافات ارائه کند؛ چهارم اینکه، با ملاحظه حرکت به سمت چندپارگی و مشارکت مؤسسات مالی جهانی و نهادهای خصوصی در حاکمیت بهداشت جهانی، به نظر می‌رسد نظام بهداشت جهانی در حال حاضر فاقد اوصاف لازم برای ورود به طبقه‌بندی نظام حقوق اختصاصی و مستقل باشد.

۲. موقعیت‌های بنیادین و مهم در توسعه حقوق بهداشت جهانی: تحولات حقوق بهداشت جهانی از مرزهای سرزمینی دولت‌ها و از فضای حقوق ملی نشأت می‌گیرد، در نتیجه پیشرفت‌های علمی، بیماری‌های جدید شناسایی شده، شرایط و روش‌های درمانی جدید کشف می‌شوند و تمام این مسائل در تعیین خطوط سیاست‌گذاری‌های داخلی تأثیر مستقیم دارند. عالم حقوق هم که اساساً مجموعه‌ای از هنجارها برای تنظیم روابط میان تابعان است، تحت تأثیر همین متغیرها قرار می‌گیرد، در نتیجه گسترده‌گی فراوانی در فضای روابط تابعان ایجاد می‌شود. در اینجا لازم است که قوانین و مقررات مناسبی طراحی و تصویب شوند تا این گسترده‌گی نظامی نسبی پیدا

ساده‌تر، این سازمان تمرکز زیادی بر فعالیت‌های حقوقی نداشت، اما از سال ۱۹۹۹ روند فعالیت سازمان تغییر پیدا کرد و فعالیت‌های آن به سمت تهیه و تنظیم اسناد حقوقی منعطف شد (۲۵). مع‌الوصف در این دوره، ارتباط میان حق بر سلامت و ادبیات حقوق بشر بین‌المللی طی سال‌های متمادی بسیار موفق بوده است و به آرامی و در همه زمینه‌ها، سطوح و اشکال بهداشت جهانی فراگیر شده است (۲۶).

۲-۲. بحران ایدز و ظهور الگوی بهداشت جهانی: شیوع

بیماری واگیردار ایدز یک نقطه عطف در توسعه حقوق بهداشت جهانی محسوب می‌شود. تجربه این بحران باعث شد که بازیگران دولتی و غیر دولتی زیادی، از جمله سازمان ملل متحد و مؤسسات تخصصی آن به فرآیند مبارزه با آن وارد شوند. یکی از برنامه‌های مهم، برنامه ملل متحد در مورد ایدز می‌باشد که در سال ۱۹۹۴ آغاز شد. در سال ۲۰۱۰ نیز کمیسیون جهانی اچ‌آی‌وی و حقوق برای تهیه توصیه‌های مبتنی بر حقوق بشر برای مواجهه با ایدز و نیل به اهداف توسعه هزاره راه‌اندازی شد. این چندپارچه‌بودن بازیگران جهانی، به فعالیت نظارتی در سطح جهانی نیاز داشت. همه بازیگران مزبور شروع به صدور اعلامیه‌های سیاسی، گزارش‌های متعدد، دستورالعمل‌های مختلف از جمله راهنمای استفاده از داروهای درمان و پیشگیری از ایدز کردند (۲۷)، اگرچه هیچ معاهده الزام‌آوری به امضا نرسید، اما در واقع گسترش ساختاری و هنجاری که در داخل و خارج از ملل متحد و سازمان بهداشت جهانی رخ داد، یک نیروی محرکه اصلی در ایجاد تغییرات اساسی در چشم‌انداز بهداشت جهانی ایجاد کرد. این تحولات در واقع از بنیان‌های یک نظام جهانی بهداشت حمایت کرده است و به زعم برخی نویسندگان در آن لحظه یک الگوی جهانی بهداشت ظهور کرده است (۲۸). مع‌الوصف، گسترش بازیگران مختلف جدید و مقررات حقوقی نرم قطعاً یک تغییر در زمینه بهداشت جهانی را نشان می‌دهد. بسیج جامعه بین‌المللی از جمله دولت‌های با درآمد بالا ارتباط میان دستورالعمل‌های بهداشت جهانی و موضوعات عدالت جهانی برجسته کرد که از آن زمان به یکی از نقش‌های اصلی

عدم وجود بیماری) توصیف شد. سازمان بهداشت جهانی در سه دهه اول عمر خود، ترکیبی از استراتژی‌های بهداشتی را به کار گرفت که با تصویب اعلامیه آلماتا مورخ ۱۹۷۸ و ریشه‌کن کردن آبله در ۱۹۸۰ به اوج خود رسید (۲۳). هدف ابتدایی، تأیید حق بر سلامت بود، اما در عمل عمدتاً تحکیم حمایت دولت‌های عضو از بهداشت جهانی و تأکید مجدد بر نقش اصلی سازمان بهداشت جهانی در حاکمیت بهداشت جهانی رخ داد.

حق بر سلامت ذیل ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مورد توجه قرار گرفته است. ماده ۱۲ مقرر می‌دارد: «۱- کشورهای طرف این میثاق حق هر کس را به تمتع از بهترین حال سلامت جسمی و روحی ممکن‌الحصول به رسمیت می‌شناسند؛ ۲- تدابیری که کشورهای طرف این میثاق برای تأمین استیفای کامل این حق اتخاذ خواهند کرد شامل اقدامات لازم برای تأمین امور ذیل خواهد بود: - تقلیل میزان مرده متولدشدن کودکان، مرگ و میر کودکان و رشد سالم آنان؛ - بهبود بهداشت محیط و بهداشت صنعتی از جمیع جهات؛ - پیشگیری و معالجه بیماری‌های همه‌گیر (بومی) حرفه‌ای و سایر بیماری‌ها همچنین پیکار علیه این بیماری‌ها؛ - ایجاد شرایط مناسب برای تأمین مراجع پزشکی و کمک‌های پزشکی برای عموم در صورت ابتلای به بیماری.»

«حق هر کس برای تمتع از بهترین حال سلامت جسمی و روحی ممکن‌الحصول» از سال ۱۹۹۳ در دستور کار کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی قرار گرفت. در نهایت در سال ۲۰۰۰ نیز گزارش دیدگاه‌های عمومی شماره ۱۴ راجع به این حق به تصویب رسید (۲۴). لازم به ذکر است که در سال ۱۹۹۹، دور جدیدی از مذاکرات میان کمیته و سازمان‌های غیر دولتی و برخی از مؤسسات تخصصی وابسته به ملل متحد از جمله سازمان بهداشت جهانی آغاز شد که این مذاکرات تأثیر بسیار زیادی در فرآیند تصویب گزارش دیدگاه‌های عمومی شماره ۱۴ داشت.

سازمان بهداشت جهانی پیش از سال ۱۹۹۹، صرفاً در مسائل مربوط به سیاستگذاری حوزه بهداشت فعالیت می‌کرد. به بیان

به سمت فضای حقوق بشر منعطف کرد. در این میان، مسائلی مانند کرامت انسانی، حریم خصوصی، تمامیت جسمانی، شخصیت و هویت انسان، آزادی تحقیقات آزمایشگاهی، در مواجهه با انقلاب حوزه ژنتیک و اخلاق زیستی با چالش‌های اساسی مواجه شده است (۳۱).

در این فضا، از یکسو شتاب رشد فناوری و از سوی دیگر کمبود زمان برای طراحی و تصویب هنجارهای حقوقی به شدت احساس می‌شود (۳۲). تمام اسناد مربوط به ژنتیک و پزشکی، به ویژه کنوانسیون اوپیدو مورخ ۱۹۹۷ همراه با پروتکل‌های الحاقی آن و بیانیه‌های ملل متحد و یونسکو در سال‌های ۱۹۹۷، ۲۰۰۳ و ۲۰۰۷ نمایانگر تلاشی است برای تولید قواعدی که پراکندگی هنجارهای موجود و مسیر آینده آن‌ها را کنترل کند. در واکنش به همین پیشرفت‌های ژنتیکی حقوقی مانند منع تبعیض ژنتیکی، حق بر حفظ اطلاعات ژنتیکی، در ادبیات نویسندگان حقوق بشر و اخلاق زیستی متولد شد. این مفاهیم به قدری به فضای حقوق بشر بین‌المللی نفوذ کردند که موجبات بازتعریف حقوق بشر فراهم شد. برای مثال وقتی صحبت از حقوق ژنتیکی و ایجاد جنین در محیط آزمایشگاه به میان می‌آید، مفهوم حق حیات و وضعیت اخلاقی و حقوقی فرد انسانی تغییر می‌کند، زیرا در برخی نظام‌ها نیاز مبرم به دخالت دولت‌ها در ارتباط با مقررات حقوق پزشکی و باروری به واسطه چالش‌های اخلاقی و حقوقی مطرح شده است (۳۳).

۲-۴. گسترش بیماری کووید-۱۹: در دسامبر سال ۲۰۱۹ دولت چین اعلام کرد که بیماری کرونا در شهر ووهان شیوع پیدا کرده است. پس از آن، در ۱۱ مارس ۲۰۲۰، سازمان بهداشت جهانی اعلام کرد که شیوع ویروس کووید-۱۹ به سطح جهانی رسیده است (۳۴). همچنین سازمان بهداشت جهانی از دولت‌ها خواست که اقدامات فوری برای جلوگیری از شیوع بیماری کرونا اتخاذ کنند (۳۵).

در فضای حقوق بشر بین‌المللی، از یکسو حق همه افراد برای داشتن بالاترین سطح سلامت و بهداشت ممکن، تضمین شده است (۳۶) و از سوی دیگر دولت‌ها نیز مکلف هستند که برای

نظام بهداشت جهانی تبدیل شده است. در واقع احساس بحران جهانی بهداشت تمایل به تحقق مسئولیت مشترک برای پیشبرد دستورکار بهداشت جهانی را تحریک کرده است. در طول سال‌های متمادی، ادعاهای مختلفی از سوی اشخاص حقیقی و حقوقی خصوصی علیه شرکت‌های دارویی و یا دولت‌ها مطرح شده است. محاکم ملی دولت‌ها نیز در راستای رسیدگی به این دعاوی و برای تشخیص مصادیق حقوق بهداشتی و سلامت به اسناد بین‌المللی مختلف مراجعه نموده‌اند (۲۹). این سازوکارها وابستگی‌های متقابل نظام بهداشت جهانی و نظام حقوقی داخلی دولت‌ها را برجسته کرده است. باید توجه داشت که نظام بهداشت جهانی به عنوان ابزار تقویت عدالت اجتماعی جهانی عمل می‌کند، زیرا مبنای برای ادعاهای مردم در ارتباط با دسترسی عادلانه به داروها و خدمات پزشکی ایجاد می‌کند که همین امر موضع دولت را به عنوان نگهبان نظم عمومی و مدافع حقوق مردم در برابر شرکت‌های خصوصی و ارائه‌کننده خدمات پزشکی قوی می‌کند. همین عامل باعث نزدیک شدن دولت‌ها به حقوق بهداشت جهانی می‌شود که نتیجه آن تقویت، گسترش و افزایش استقلال نظام بهداشت جهانی در عرصه حقوق و روابط بین‌المللی می‌شود (۳۰).

۲-۳. انقلاب اخلاق زیستی و ژنتیک: در دهه نود میلادی، تحولاتی شگرف در حوزه مهندسی ژنتیک رخ داد. اسناد غیر الزام‌آور فراوانی در این زمینه به تصویب رسید. ظهور اسناد مزبور نشانه‌ای از گرایش به سمت نظام منسجم بهداشت جهانی بود، زیرا هنجارهای غیر الزام‌آور مزبور دو کارکرد مهم، یعنی ایجاد پایه‌هایی شبه‌حقوقی و دوم نظام‌مند کردن رویه‌های پراکنده را بر عهده داشتند.

با تولد اولین نوزاد آزمایشگاهی در اواخر دهه ۷۰ میلادی، دوره‌ای جدید در علوم پزشکی و درمان ناباروری آغاز شد. این تحولات در دهه ۹۰ میلادی تقریباً به اغلب نقاط جهان رسیده بود. در سال ۱۹۹۰ میلادی، پروژه ژنوم انسانی آغاز شد. مسائل ژنتیکی و تأثیر آن‌ها بر موضوعاتی مانند حق حیات، حق کرامت ذاتی انسان، و... عملاً نویسندگان و حقوقدانان را

فرآیند مسئولیت‌پذیری به نقش‌آفرینی بپردازند. ناگفته نماند که این نهادها و مؤسسات علاوه بر فرآیند مسئولیت‌پذیری، در فرآیند هنجارسازی نیز به نقش‌آفرینی می‌پردازند. این مؤسسات و نهادها اعم از مؤسسات دولتی و غیر دولتی هستند. در حوزه بهداشت و سلامت، انگیزه‌ها و انتظارات جامعه از طریق کمیته‌های اخلاقی مردم‌نهاد، سازمان‌ها و انجمن‌های تخصصی حوزه بهداشت، نظرات سازمان بهداشت جهانی و... در قالب فشارها و وعده‌های سیاسی وارد ادبیات سیاسی جامعه می‌شود. با طی شدن روندهای قانونی، انتظارات و انگیزه‌های مزبور در قامت هنجارهای حقوقی ظاهر می‌شوند. یکی از مثال‌های دقیقی که در ارتباط با این فرآیند می‌توان مطرح کرد، مسأله تحقیقات رویان است. پیشرفت‌های علمی و کاربرد آن‌ها در حوزه پزشکی، افکار عمومی را تحریک و ترسی را در فضای عمومی جامعه ایجاد کرد. تعریف بیولوژیک جنین (و فقدان سیستم عصبی کامل و قوه درک) پاسخگوی نگرانی‌های جامعه نبود. افکار عمومی و سازمان‌های مختلف مردم‌نهاد، انتظارات هنجاری خود را از طریق ارتباطات و گزارش‌های کمیته‌های تخصصی به پارلمان‌ها و کمیسیون‌های آن‌ها رساندند و در پاسخ به انتظارات مزبور، هنجارهای حقوقی مناسبی طراحی شد، در نتیجه یک روند طولانی و پیچیده، اصل احترام به زندگی انسان و برخی محدودیت‌های راجع به تحقیقات رویان وارد فضای حقوق موضوعه و یا حقوق سخت (لازم‌الاجرا) شد (۴۵). این فرآیند است که به یک مجموعه، هویتی به نام نظام حقوقی می‌دهد.

نکته جالب توجه این است که فرآیندهای هنجارسازی بین‌المللی وابستگی خاصی به حقوق نرم و اسناد غیر الزام‌آور دارند. نقطه آغاز یا حمایت گسترده از اغلب تحولات در حقوق بین‌الملل، پیشنهادات، گزارش‌ها، قطعنامه‌ها، معاهدات یا پروتکل‌های مطرح‌شده در نهادهای بین‌المللی می‌باشد. در آنجا، نمایندگان دولت‌ها و سایر گروه‌های ذی‌نفع برای بحث پیرامون دغدغه‌های متقابل در مورد مسائل مهم بین‌المللی گرد هم جمع می‌شوند. باید توجه داشت که نمایندگان دولتی و غیر دولتی با در نظر گرفتن تجارب داخلی و الگوهای قوانین

جولوگیری از بروز تهدیدات علیه سلامت عمومی و ارائه مراقبت‌های پزشکی به اشخاصی که به مراقبت‌های مزبور نیازمند هستند، اقداماتی را انجام دهند (۳۷). در مواردی که تهدیدات جدی علیه سلامت عمومی وجود دارد و یا شرایط اضطراری که حیات و موجودیت ملت را تهدید می‌کند، ایجاد می‌شود، دولت‌ها می‌توانند به استناد «اضطرار»، برخی از حقوق قانونی و مشروع مردم را محدود و یا در موارد خاص معلق کنند (۳۸).

این وضعیت هنجارهای حقوق بین‌الملل و حقوق بشر در پاندمی کرونا نشان داد که خلأهایی در رویه دولت‌ها وجود دارد که برای غلبه بر بحران و شکل‌گیری یک نظام بهداشت جهانی، باید آن‌ها را رفع کرد. با در نظر گرفتن خلأهای مزبور و تحلیل رویه دولت‌ها و سازمان‌های بین‌المللی چند نکته مهم به دست می‌آید. اول اینکه، دولت‌ها باید اعمال محدودیت‌ها و تعلیق حقوق را براساس شواهد و مستندات علمی و دقیق انجام دهند (۳۹)؛ دوم اینکه، محدودیت‌ها و تعلیق حقوق نباید به صورت خودسرانه و تبعیض‌آمیز صورت گیرد (۴۰)؛ سوم اینکه، محدودیت‌های مزبور باید به صورت موقت و برای مدت زمانی محدود طراحی و اعمال شوند (۴۱)؛ چهارم اینکه اعمال محدودیت‌ها و تعلیق حقوق نباید به گونه‌ای باشد که خدشه‌ای به کرامت انسانی که یکی از حقوق اساسی بشر می‌باشد، وارد شود (۴۲)؛ پنجم اینکه، باید یک سازوکار بازبینی و تجدید نظر فوری وجود داشته باشد که در طول مدت اعمال محدودیت‌ها و تعلیق حقوق، به موارد اضطراری و خاص رسیدگی کند (۴۳)؛ ششم اینکه تمام محدودیت‌ها و تعلیق حقوق باید متناسب با هدف اصلی، یعنی کنترل و مهار تهدیدات علیه سلامت عمومی باشد (۴۴).

۳. مکانیزم واکنشی در مجموعه بهداشت جهانی: اوصاف اصلی یک نظام حقوقی، صرفاً وجود هنجارها و ضمانت‌اجرای مادی نیست. در واقع وجود فرآیند هنجارسازی و مسئولیت‌پذیری دو عنصر مهم در تشکیل یک نظام حقوقی محسوب می‌شوند. زمانی که سخن از نظام حقوقی به میان می‌آید، باید در جامعه هدف، نهادها و مؤسساتی وجود داشته باشد که در

ملی، پیشنهادات خود را در زمینه تحولات مختلف و به طور خاص حوزه بهداشت جهانی مطرح می‌کنند. گاهی اوقات این تلاش‌ها منجر به یک اجماع در مورد حل مسأله و بیان آن در قالب یک شرایط هنجاری از برنامه کلی می‌شود. در برخی موارد دیگر، حقوق بالقوه جدید از طریق ابزار روابط بین‌المللی یا رویه مؤسسات بین‌المللی تخصصی توسعه پیدا می‌کند و در گام‌های بعدی در نهادهای بین‌المللی مورد توجه قرار می‌گیرد. این فرآیند توجهات را به قاعده جلب می‌کند و به شکل‌گیری و استحکام آن کمک می‌نماید (۴۶).

بحث

نظام‌های حقوقی توسط هیچ کس تأسیس نمی‌شوند، واقعیت این است که نظام‌های حقوقی مجموعه‌ای از ارتباطات بازیگران مختلف است که در بطن آن فرآیندهای هنجارسازی و مسئولیت‌پذیری وجود دارد. همچنین، در یک نظام حقوقی هدف اصلی، تحمیل وحدت بر کثرت نیست، زیرا این امر تقریباً غیر ممکن است. در واقع هدف اصلی ساختن هویت با کمک هنجارهای حقوقی می‌باشد.

وجود نظام حقوق بهداشتی موجب می‌شود که از یکسو عدم تقارن و تراکم بدون محاسبه در فرآیند هنجارسازی کم شود و از سوی دیگر، هماهنگی میان بازیگران بیشتر و کارایی مجموعه و هنجارهای آن افزایش یابد. نفس فضای روابط بین‌المللی میان دولت‌ها به واسطه وجود متغیر حاکمیت و اصل عدم مداخله در زمینه تحولات هنجارهای سخت و الزام‌آور سرعت کمی پیدا کرده است، اما در فضای روابط بازیگران غیر دولتی یک مجموعه بسیار منعطف‌تر و دارای پویایی بیشتری را شاهد هستیم.

نکته مهمی که باید به آن دقت داشت، این است که فقدان اسناد لازم‌الاجرا به معنای فقدان هنجارهای حقوقی نیست. در واقع اسناد، صرفاً یک ابزار برای بیان هنجارهای موجود می‌باشند. بسیاری از هنجارها در بطن روابط میان تابعان شکل می‌گیرد و دارای پشتوانه رویه‌ای و عرفی می‌باشد. اصولاً مفهوم «هنجار» در عالم حقوق از دو منظر قابل بررسی است: یکی از زاویه داخلی آن، یا به تعبیری «محتوای هنجار» و دوم

از زاویه خارجی یا به تعبیری قالب، نفس و جایگاه هنجار در سیستم حقوقی. باید توجه داشت که انعطاف‌پذیری هنجارها در هر یک از دو منظر فوق امکان‌پذیر است. قاعده حقوقی دارای دو رکن الزام‌آوری و پایبندی است. در رویکرد کلاسیک به حقوق بین‌الملل، الزام‌آوری قاعده حقوقی از قالب آن ناشی می‌شود. به تعبیری این قالب قاعده حقوقی است که الزام‌آوری یا عدم الزام‌آوری را مشخص می‌کند. به همین جهت است که در حقوق بین‌الملل کلاسیک، تعیین مصادیق قالب‌های حقوقی دارای اهمیت فراوانی می‌باشد، اما در حال حاضر در فضای روابط بین‌المللی شاهد ظهور قالب‌هایی هستیم که اولاً در گذشته و به ویژه در فضای ماده ۳۸ اساسنامه دیوان بین‌المللی دادگستری وجود نداشته‌اند؛ ثانیاً علیرغم اینکه قالب‌های مزبور غیر الزام‌آور هستند، اما تابعان حقوق بین‌الملل نسبت به آن‌ها پایبند می‌باشند. به بیان ساده‌تر این هنجارها در واقع دارای یکی از ارکان هنجار حقوقی که همان «پایبندی» می‌باشد، هستند. این هنجارهای نوظهور در ادبیات حقوق بین‌الملل تحت عنوان «حقوق نرم» مورد شناسایی قرار گرفته‌اند. چنانچه ویژگی اصلی حقوق نرم را داشتن یکی از ارکان قاعده حقوقی (یعنی پایبندی) بدانیم، در این صورت طیف گسترده‌ای از هنجارهای موجود در فضای حقوق و روابط بین‌المللی (از هنجارهای موجود در اسناد غیر الزام‌آور مانند قطعنامه‌ها، اعلامیه‌ها و... تا رویه‌های جدید خلاف قواعد سخت موجود)، در دایره حقوق نرم قرار می‌گیرند، در نتیجه به صرف فقدان اسناد لازم‌الاجرای بین‌المللی نمی‌توان ادعای فقدان یک نظام حقوقی را داشت.

نظام حقوق بهداشت جهانی با وجود تمام اسناد و هنجارهای نرم تبدیل به ابزاری برای تقویت عدالت اجتماعی شده است، زیرا ادعاهایی که در ارتباط با دسترسی عادلانه به داروها و خدمات پزشکی مطرح می‌شود و با کمک هنجارهای بین‌المللی برای دولت زمینه مداخله را فراهم می‌کند، موجب می‌شود که موضع دولت در برابر بخش خصوصی (و به طور خاص شرکت‌های چندملیتی) به عنوان نگهبان نظم عمومی و تأمین رفاه مردم تقویت شود. در پایان باید خاطر نشان ساخت که کارکرد هنجارهای نظام حقوق بهداشت جهانی اصالتاً ثانویه

تأمین مالی

نویسنده اظهار می‌نماید که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده است.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

است. به بیان ساده‌تر در گام اول، نظام حقوق ملی و هنجارهای منسجم آن به دنبال تنظیم فضای روابط تابعان حقوق در عرصه بهداشت و سلامت می‌باشند و هنجارهای نظام حقوق بهداشت جهانی عمدتاً در جهت ایجاد همگرایی و پوشش خلأهای موجود در فضای روابط بین‌المللی طراحی و ارائه می‌شوند.

نتیجه‌گیری

در فضای روابط بین‌المللی با کثرت بازیگران و هنجارهای حقوقی مواجه هستیم. یکی از متغیرهای مهمی که نظمی نسبتاً منطقی برای این بی‌نظمی ایجاد می‌کند، مقررات و هنجارهای حوزه حقوق بشر و تأملات شکل‌یافته در قلمرو اخلاق زیستی می‌باشد. حقوق بهداشت جهانی از طریق تعریف مفاهیمی مانند حق بر سلامت و توسعه آن و الزامات کرامت انسانی، ارتباط تنگاتنگی با عرصه حقوق بشر و اخلاق زیستی پیدا کرده است. در فضای حقوق بشر یک نظام منسجم و قدرتمند در سطح بین‌المللی وجود دارد. سایه این نظام و سلسله مراتب هنجاری آن بر تمام حوزه‌هایی که به صورت مستقیم با حقوق بشر در ارتباط هستند، تأثیر می‌گذارد و برای حوزه‌های مزبور نظمی ضمنی ایجاد می‌کند، فضای حقوق بهداشت و سلامت جهانی نیز از این قضیه مستثنی نیست.

مشارکت نویسندگان

زهرا ضیافتی صباغ تمامی مراحل پژوهش را به انجام رسانده و ضمن تأیید نسخه نهایی، مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته است.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسنده هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده است.

References

1. Pereira C, Bishai D, Sherry M. Strategies to Improve Comprehensive Primary Health Care Performance in a District. In: Bishai D. *Achieving Health for All: Primary Health Care in Action*. Washington: Johns Hopkins University Press; 2020. p.70-84.
2. Cueto M. The ORIGINS of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health*. 2004; 94(1): 1864-1874.
3. Sridhar D. Seven challenges in international development assistance for health and ways forward. *Journal of Law, Medicine and Ethics*. 2010; 38(1): 459-469.
4. Pfeiffer J, Chapman R. Anthropological Perspectives on Structural Adjustment and Public Health. *Annual Review of Anthropology*. 2010; 39(1): 149-165.
5. Koplan J, Bond C, Merson M, Reddy S, Rodriguez H, Sewankambo N, Wasserheit J. Towards a common definition of global health. *The Lancet*. 2009; 373(1): 1993-1995.
6. Fidler D. Architecture amidst Anarchy: Global Health's Quest for Governance. *Global Health Governance*. 2007; 1(1): 1-17.
7. Ruger J. Normative Foundations of Global Health Law. *Georgetown Law Journal*. 2008; 96(1): 423-443.
8. Alvarez J. *The Impact of International Organizations on International Law*. London: Brill; 2016. p.8-13.
9. Toumi R. *Orthodox Christian Bioethics: The Role of Hospitality, Dignity, and Vulnerability in Global Bioethics*. London: Wipf and Stock Publishers; 2020. p.183-200.
10. Youde J. *Global Health Governance in International Society*. Oxford: Oxford University Press; 2018. p.75-95.
11. Godal T. Do We Have the Architecture of Health Aid Right? Increasing Global Aid Effectiveness. *Nature Reviews Microbiology*. 2005; 3(2): 899-903.
12. Secretary-General. *Uniting for universal access: Towards zero new HIV infections, zero discrimination and zero AIDS-related deaths*. Report of the Secretary-General, U.N. Doc A/65/979, March 2011. Available at: http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/20110331_SG_report_en.pdf.
13. Gostin L, Friedman E. *Global Health Justice: Towards a Framework Convention on Global Health: A Transformative Agenda for Global Governance for Health*. *Yale Journal of Health Policy, Law and Ethics*. 2013; 13(1): 1-75.
14. Delmas M. *Ordering pluralism: A Conceptual Framework for Understanding the Transnational Legal World*. Bloomsbury: Bloomsbury Publishing; 2009. p.13.
15. International Law Commission. Study Group on Fragmentation of International Law: Difficulties Arising from the Diversification and Expansion of International Law (A/CN.4/L.702). Paper presented at 58th session of the International Law Commission. Geneva, Switzerland; 2006. Available at: http://www.legal.un.org/ilc/guide/1_9.shtml.
16. Simma B, Pulkowski D. Of Planets and the Universe: Self-Contained Regimes in International Law. *European Journal International Law*. 2006; 17(1): 483-529.
17. Foucault M. *The Birth of Bio politics*. In: Rabinow P. *Essential Works of Foucault 1954-1984*. London: Penguin Books; 2000. Vol.1 p.73-85.
18. Harman S. *Global Health Governance*. London: Routledge; 2012. p.27.
19. World Medical Association. *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. 1964. Available at: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>.
20. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). *International Ethical Guidelines for Biomedical Research involving human subjects*. 2002. Available at: http://www.cioms.ch/publications/layout_guide2002.pdf.
21. Allen C. *World Health and World Politics*. *International Organization*. 1950; 4(1): 27-43.
22. WHO. *Chronicle of the World Health Organization 1*. Paper presented at WHO, Geneva, Switzerland; 1947. Available at: <http://www.who.int/library/collections/historical/en/index3.html>.
23. Ruger J, Yach D. *The Global Role of the World Health Organization*. *Global Health Governance*. 2008; 2(1): 1-3.
24. General Comment No.14: *The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art.12 ICESCR)*. UN Doc.E/C.12/2000/. 2000. p.4, 34, 43.
25. Dresler C. *Human Rights-Based Approach to Tobacco Control*. In: Grodin M. *Health and Human Rights in a Changing World*. New York: Routledge; 2013. p.472.

26. Wolff J. Global Justice and Health: The Basis of the Global Health Duty. In: Millum J. Global Justice and Bioethics. Oxford: Oxford University Press; 2012. p.78-101.
27. WHO. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. 2013. Available at: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/en/index.html>.
28. Ooms G. From the global AIDS response towards Global Health? Discussion paper for the Hélène De Beir Foundation and the International Civil Society Support. Belgium. 2009. p.137. Available at: http://www.hdbf.org/?page_id=345&lang=en.
29. England R. Are we spending too much on HIV? British Medical Journal. 2007; 3(1): 344-350.
30. Murphy T. Health and Human Rights. Oxford: Hart Publishing; 2013. p.91-95.
31. Bovenberg J. Property Rights in Blood, Genes & Data: Naturally Yours? Leiden and Boston: Martinus Nijhoff Publishers; 2006. p.101-108.
32. Hartmut R. Social Acceleration: Ethical and Political Consequences of a Desynchronized High-Speed Society. Constellations. 2010; 10(1): 3-33.
33. Dilling O, Herberg M, Winter G. Responsible Business. Self-Governance and Law in Transnational Economic Transactions. Oxford: Hart Publishing; 2008. p.8.
34. WHO. Coronavirus disease (Covid-19) Pandemic. 2020. Available at: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Accessed 8 April 2020.
35. WHO. Director-General's opening remarks at the media briefing on Covid-19 - 11 March 2020. Available at: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-Covid-19---11-march-2020>. Accessed 11 March 2020.
36. Ssenyonjo M. International Human Rights Law: Six Decades after the UDHR and Beyond. London: Routledge; 2016. p.184-185.
37. Moodley K, Hardie K, Selgelid M, Waldman R, Strebel P, Rees H, et al. Ethical Considerations for Vaccination Programmes in Acute Humanitarian Crises. In: Teays W, Renteln A. Global Bioethics and Human Rights: Contemporary Perspectives. New York: Rowman and Littlefield; 2020. p.335.
38. Schutter O. International Human Rights Law. Cambridge: Cambridge University Press; 2019. p.620.
39. Webber G, Yowell P, Ekins R. Legislated Rights: Securing Human Rights through Legislation. Cambridge: Cambridge University Press; 2018. p.198.
40. Ziccardi G. Resistance, Liberation Technology and Human Rights in the Digital Age. London: Springer; 2012. p.139.
41. Ruhs M. The Price of Rights: Regulating International Labor Migration. Princeton: Princeton University Press; 2015. p.197.
42. Gowers A, Tingle J, Lewis T. Healthcare Law: Impact of the Human Rights Act 1998. London: Routledge; 2013. p.78.
43. Thompson B, Gordon M. Cases and Materials on Constitutional and Administrative Law. Oxford: Oxford University Press; 2014. p.483.
44. Rastegari B. Violation of fundamental liberties in counter-terrorism measures: A Human Rights Approach. Lulu. com; 2014. p.41.
45. Kuppaswamy C. The International Legal Governance of the Human Genome. London: Routledge; 2009. p.69-70.
46. Beyranvand F, Sharifi Taraz Koochi H, Salami S. Configuration and Applying of International Soft Law in the Light of Procedure of the International Court of Justice with an Emphasis on Humanitarian Law. Medical Law Journal. 2020; 14: 73-87.