



## اثر همه‌گیری کرونا بر چشم انداز تعهدات بین‌المللی کشورها در حوزه سلامت

دکتر مهدی آقاجانلو\*



This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

### چکیده

اگرچه مطابق اسناد بین‌المللی حق بر سلامت همواره تعهدی ملی محسوب شده و فاقد الزامات بین‌المللی است، ولی خطر روزافزون بیماری‌های فراگیر می‌تواند موجب اثرگذاری فرامرزی عدم تحقق مناسب حق مذکور شود. دغدغه‌ای که موجب تبدیل خطر شیوع همه‌گیری به تهدیدی جهانی می‌شود. در چنین چشم اندازی، آیا دامنه تاثیر فرامرزی همه‌گیری‌ها خواهد توانست سبب ارتقای تعهدات حق بر سلامت به سطح بین‌المللی شود؟ برای پاسخ به این پرسش، با بررسی فرآیند توسعه تعهدات بین‌المللی کشورها، ذیل صلاحیت شورای امنیت سازمان ملل متحد، نخست با روشی توصیفی تفسیری امنیتی از تحقق نیافتن مناسب حق بر سلامت ارائه خواهیم داد. سپس با تحلیل آماری در خصوص قربانیان ابولا و کرونا، در پی آزمون فرضیه افزایش سطح نیاز عینی به تفسیر جدی‌تر از تعهدات بین‌المللی خواهیم بود. در مجموع، با آن که مشکل تفاوت نگرش‌ها و رقابت میان قدرت‌های جهانی همچنان وجود دارد، اما تشدید ابعاد مختلف خطر همه‌گیری‌ها در سطح بین‌المللی، جامعه جهانی را ناگزیر به پذیرش تعهدات جدی‌تر در این حوزه خواهد نمود.

### کلیدواژگان

حقوق بشر، سلامت جهانی، تعهدات بین‌المللی، امنیت جمعی.

\* نویسنده مسئول، پژوهشگر دانشگاه پاریس نانتر (پاریس ۱۰) فرانسه.

ایمیل: [mahdi.aghajanoloo@parisnanterre.fr](mailto:mahdi.aghajanoloo@parisnanterre.fr)

## مقدمه

تحقق حق بر سلامت، بعنوان حقی اقتصادی-اجتماعی، همواره در اسناد بین‌المللی ذیل تعهدات ملی قرار گرفته است. انگاره ملی موجب ایجاد معیارها و استراتژی‌های متفاوت در درون مرزهای جغرافیایی هر کشور خواهد شد. تفسیر درو مرزی حق بر سلامت، ضمن تضعیف دامنه تعهدات بین‌المللی کشورها، ممکن است به اتخاذ استراتژی‌های ناکارآمد و زیرساخت‌های نامطلوب، بویژه در کشورهای کمتر توسعه‌یافته، انجامید.

بعلاوه، آثار منفی فقدان زیرساخت‌های مناسب در حوزه سلامت، بویژه در زمان شیوع همه‌گیری‌ها، تنها به داخل مرز کشورهای کمتر توسعه‌یافته محدود نمی‌شود. این آثار می‌توانند مرزها، قاره‌ها و اقیانوس‌ها را درنوردیده و بی‌ثباتی را در سراسر کره خاکی حاکم نماید. از همین روی، با گسترش جهانی همه‌گیری‌ها، این سوال به ذهن متبادر می‌شود که آیا تهدید فرامرزی همه‌گیری‌ها خواهد توانست موجب ارتقای مسئولیت تحقق حق بر سلامت به سطح بین‌المللی شود؟ به نظر می‌رسد با فراگیر شدن بحران کرونا وقوت گرفتن تفسیر امنیتی از حق بر سلامت، نیاز عینی به تعهدات بین‌المللی الزام‌آور در حوزه سلامت، بویژه نزد اعضای دائم شورای امنیت، برجسته‌تر شده است. در واقع، تجربه ابولا نشان می‌دهد که خطر نقض حق بر سلامت می‌تواند بعنوان عاملی برای نقض صلح و امنیت جمعی تفسیر شود. اگرچه تجربه بحران ابولا، با تصویب قطعنامه ۲۱۷۷ شورای امنیت، استدلال امنیتی و عینی از حق بر سلامت را بنانهاده است، اما گستردگی شیوع کرونا و تعداد بسیار بالای قربانیان این همه‌گیری، خطر عینی عدم توجه متناسب به تعهدات الزام‌آور در خصوص حق بر سلامت را برجسته‌تر می‌نماید. ما ریشه‌های استدلال فوق را در آرا و نظرات ارکان ملل متحد در حوزه سلامت و امنیت جمعی جستجو خواهیم کرد. هدف برجسته‌تر کردن تغییر ادبیات بین‌المللی در خصوص حق بر سلامت و حرکت آن به سوی تفسیری امنیتی از الزامات بین‌المللی در حوزه یاد شده است (Zakerian Amiri & et.al., 2019: 65).

## ۱- پیشینه

برای تبیین تعهدات بین‌المللی کشورها جهت تحقق حق بر سلامت در چهارچوب تقویت امنیت جمعی، نخست می‌بایست به آثار موجود در این زمینه اشاره داشت: یکی از آثار به انتشار رسیده، مقاله «ابولا، شورای امنیت و تامین سلامت عمومی» از ژیان لوکا بورسی است که در سال ۲۰۱۴، پس از تصویب قطعنامه ۲۱۷۷ شورای امنیت، به تحلیل تفسیر امنیتی از حق بر سلامت می‌پردازد. از این منظر، او تضمین سلامت عمومی را وظیفه‌ای بر عهده شورای امنیت ارزیابی می‌کند. با گذشت زمان از تصویب قطعنامه ۲۱۷۷، تحلیل تعهدات بین‌المللی از غنای بیشتری برخوردار

<sup>1</sup>. Gian Luca Burci

می‌شود. برای مثال، در سال ۲۰۱۶، ماری-ایو کوتور منار<sup>۱</sup> و دیوید پالو<sup>۲</sup> در مقاله‌ای تحت عنوان «همه‌گیری و حق: به سوی همبستگی بیشتر»، به مطالعه تعهدات بین‌المللی بر مبنای همکاری‌های بشردوستانه تحت رهبری سازمان بهداشت جهانی می‌پردازند. یا ونس او کیلا<sup>۳</sup> در مقاله‌ای با عنوان: «شورای امنیت و تقویت مبارزه با همه‌گیری ذیل فصل هفت منشور ملل متحد»، ضمن بررسی تاریخی قطعنامه‌هایی از این دست، به مطالعه ضمانت‌های اجرایی تعهدات بین‌المللی می‌پردازد. در مثالی دیگر، فرانک لاتی<sup>۴</sup> (۲۰۱۹) در مقاله‌ای تحت عنوان «سلامتی به مثابه عنصری در امنیت جمعی» به بررسی وضعیت حقوقی تصمیمات شورای امنیت و سازمان بهداشت جهانی در مواجهه با همه‌گیری‌ها می‌پردازد. او ضمن بازشناسی نقش مشارکت و همکاری‌های بین‌المللی، به محدودیت‌های موجود در این حوزه اشاره می‌کند.

اگرچه در آثار منتشر شده پس از تصویب قطعنامه ۲۱۷۷ همواره ایده شکل‌گیری تعهدات جدی‌تر بین‌المللی در پیوند میان حق بر سلامت و امنیت جمعی در نظر گرفته شده‌است، لیکن عدم وجود تحلیل عینی از تفسیر امنیتی مبنی بر آمار قربانیان، تحلیل مقالات فوق را در سطح نهادگرایی ایده‌آلیستی باقی می‌گذارد. لذا در این مقاله با تاکید بر افزایش چشمگیر قربانیان، ما جدی‌تر شدن تفسیر امنیتی از حق بر سلامت را براساس یک نیاز بین‌المللی عینی، بویژه نزد اعضای شورای امنیت سازمان ملل متحد، بررسی خواهیم کرد.

## ۲- چهارچوب نظری

پس از جنگ سرد، مفهوم امنیت جمعی، با در بر گرفتن اشکال جدیدی از ناامنی بین‌المللی در چارچوب تهدیدات اقتصادی-اجتماعی، از عمق بیشتری برخوردار می‌شود (Okila, 2016: 300-301). مطابق تعریف جدید از امنیت تهدید غیرنظامی در واقع وضعیتی است که مطابق نظر ارکان صالح، تهدیدی موثر برای صلح و امنیت جهانی باشد (Latty, 2019: 77). لذا تعریف امنیت در ابعاد غیرنظامی گسترش یافته و سبب اتخاذ آنها در حوزه عملیات حفظ صلح سازمان ملل متحد می‌گردد (Okila, 2016: 318). در ساختار فوق اگرچه همچنان دولت‌ها بازیگران اصلی روابط بین‌الملل و مسئول تحقق منافع ملی خود شناخته می‌شوند؛ اما ساختار بین‌المللی، مستقل از تصمیم یکایک آنها، بردار برآیند مجموع رویکرد آنهاست (Gîdea, 2009: 63).<sup>۵</sup>

<sup>۱</sup>. Marie-Eve Couture Ménard

<sup>۲</sup>. David Pavot

<sup>۳</sup>. Vinc Okila

<sup>۴</sup>. Franck Latty

<sup>۵</sup>. دنیایی که اگرچه قدرت و سیاست هنوز جایگاه ویژه‌ای دارد، اما حقوق و هنجارهای بین‌المللی نیز واجد اهمیت می‌باشند (Shirjian et al. 2021: 88).

این استدلال در گفتمان نهادهای بین‌المللی معاصر قابل بررسی است (Millet-Devalle, 2016: 508). برای مثال طبق نظر جان ماژور (رئیس شورای امنیت در سال ۱۹۹۲): «صلح و امنیت بین‌المللی تنها در غیاب جنگ و منازعات نظامی جاری نیستند. دیگر تهدیدات غیرنظامی صلح و امنیت در بی‌ثباتی حوزه‌های اقتصادی، اجتماعی و اکولوژیک ریشه دارند» (Latty, 2019: 76). در سال ۲۰۰۵، ما شاهد تفسیر مشابهی از سوی کوفی عنان، دبیر کل وقت سازمان ملل متحد، در گزارش «با آزادی بیشتر: به سوی توسعه، امنیت و حقوق بشر برای همه» می‌باشیم. در بند ۷۷ گزارش، عنان «ایده امنیت جمعی فراگیر» را مطرح می‌سازد: «در قرن بیست و یکم تهدید صلح و امنیت تنها جنگ و منازعات بین‌المللی نبوده، و شامل خشونت‌های داخلی، جرایم سازمان‌یافته، تروریسم و تسلیحات کشتار دسته‌جمعی می‌شود. همچنین، می‌بایستی فقر، همه‌گیری‌های کشنده و نابودی محیط زیست را نیز بحساب آورد. همه این پدیده‌ها مرگبار بوده و می‌توانند بقا را با خطر مواجه سازند. آنها می‌توانند بنیادهای دولت بعنوان عنصر پایه‌ای نظام بین‌المللی را تضعیف نمایند».

با گسترش دامنه امنیت جمعی و شرح اشکال جدید امنیت، عنان در بند ۸۰ گزارش، چشم‌انداز امنیت نوین را با تاکید بر دو محور ترسیم می‌کند. نخست آنکه، تعامل پویایی میان جهانی شدن و خطر تهدید تمام انبای بشر (غنی، مستمند، قوی، ضعیف) وجود دارد. از این منظر، بحران سلامتی در یک کشور ضعیف می‌تواند تهدیدی برای ثبات و صلح در تمام کشورها محسوب شود (Okila, 2016: 293). دیگر آنکه خطر مذکور در رابطه با شیوع یک بیماری به اندازه یک حمله تروریستی از اهمیت یکسانی برخوردار است. بدین ترتیب، دبیر کل تفسیر تازه‌ای از ماده ۳۹ منشور ملل متحد، بدون بُعد نظامی آن، ارائه می‌دهد. تفسیر دبیر کل با توسعه مفهوم امنیت جمعی در حوزه سلامت، فقدان تحقق مناسب حق بر سلامت (برای مثال در جریان شیوع یک همه‌گیری) تهدیدی برای صلح بین‌المللی تفسیر می‌نماید. از همین روی، با استناد به ماده ۹۹ منشور ملل متحد، منشا اهمیت این تفسیر می‌تواند از صلاحیتی باشد که ماده ۳۹ منشور در اختیار شورای امنیت قرار می‌دهد.

در بند ۱۰۵ گزارش، عنان با تاکید بر وظیفه خود بعنوان دبیر کل مطابق ماده ۹۹، توجه شورای امنیت را به اشکال مختلف تهدیدهایی که می‌توانند امنیت جمعی به خطر بیاندازند، جلب می‌کند. این تفسیر در نامه‌های ارجاع شده دبیر کل به رئیس مجمع عمومی و رئیس شورای امنیت نیز آشکار است (A/69/389-S/2014/679). چنین تفسیری، همچنین در تصمیم دبیر کل در ابتکار «ماموریت ملل متحد برای واکنش اضطراری در برابر ابولا»<sup>۳</sup> مورخ ۱۹ سپتامبر ۲۰۱۴ نمایان است (Latty, 2019).

<sup>۱</sup> In Larger Freedom, Towards Security, Human Rights and Development for All

<sup>۲</sup> ماده ۹۹: «دبیر کل می‌تواند توجه شورای امنیت را در هر موردی که، به نظری، می‌تواند حفظ صلح و امنیت بین‌المللی را به خطر بیاندازد جلب نماید».

<sup>۳</sup> United Nations Mission for Ebola Emergency Response

512): ماموریت مذکور مثال مناسبی در خصوص عملیات حفظ صلح در حوزه سلامت محسوب می‌شود (Okila, 2016: 318). نگرش مذکور، با گسترش دامنه تفسیری حق بر سلامت از نگاه فردگرایانه به سوی جمع‌گرایی (حتی در ابعاد جهانی)، موجب شکل‌گیری تلقی فراملی از مسئولیت تحقق حق بر سلامت، در قالب نظریه خدمات عمومی بین‌المللی می‌شود. اگرچه الکساندر ونت شکل‌گیری چنین اجماع بین‌المللی را نتیجه باورمندی به گزاره مورد نظر، نزد بازیگران بین‌المللی می‌داند (Wendt, 2004: 298-316)، لیکن تفسیر امنیتی حق بر سلامت همچنان فاقد مکانیزم الزام‌آور مناسب در سطح بین‌المللی است. بی‌تردید، اعضای دائمی شورای امنیت نقش پررنگی، در تعریف و تفسیر تهدیدات بین‌المللی و همچنین مکانیزم‌های الزام‌آور در رابطه با آنها، بازی می‌کنند (Zakerian Amiri & et.al., 2019: 64-65). نقش اعضای دائمی شورای امنیت بازگویی اهمیت ضروریات‌های عینی نزد اعضای آن در کارکرد نهادگرایانه این سازمان بین‌المللی دارد.

### ۳- تاریخچه

مفهوم سلامت جمعی در سطح بین‌المللی محصول پیوند میان سلامتی و امنیت جمعی است (Arcari & Balmond, 2012: 338). از همین روی، «مساله سلامتی همه ملت‌ها، شرطی بنیادین برای صلح و امنیت جهانی است» (بند ۴ اساسنامه سازمان بهداشت جهانی). علیرغم آن که تحقق حق بر سلامت ملت‌ها، تحت صلاحیت دولت متبوع آنهاست، سازمان ملل متحد نیز آن را بعنوان موضوع همکاری بین‌المللی برسمیت شناخته است. مطابق منشور سازمان ملل، توصیه‌های مجمع عمومی با هدف «توسعه همکاری بین‌المللی در حوزه اقتصادی-اجتماعی (...)، سلامت عمومی، و تسهیل [آنها] برای همه، بدون تبعیض (...)، بهره‌مندی از حقوق بشر و آزادی‌های اساسی» است (ماده ۱، ۱۳). چنین تعبیری نشان از برسمیت شناختن همکاری‌های منطقه‌ای به منظور ساماندهی اقدامات مرتبط با صلح و امنیت بین‌المللی، توسط منشور دارد (ماده ۵۲).

اگر منشور، در ماده ۵۵، «از هراهکار [محتملی برای حل] مشکلات بین‌المللی در حوزه‌های اقتصادی، اجتماعی، بهداشت عمومی و سایر مشکلات مرتبط، حمایت می‌کند»، در ماده ۵۶، کشورها را به همکاری با سازمان ملل جهت بهبود سلامت عمومی، برای نیل به اهداف ماده پیشین، متعهد می‌سازد.

چنین تفسیری از ماهیت بین‌المللی حق بر سلامت و مقابله با همه‌گیری ایدز در قطعنامه‌های شورای امنیت، به مثابه نهاد صالح حفظ صلح، مثل قطعنامه ۱۳۰۸ (۲۰۰۰)، قطعنامه ۱۹۸۳ (۲۰۰۱) و قطعنامه ۲۴۰۱ (۲۰۱۸) قابل مشاهده است. مسئولیت بین‌المللی مذکور در تصویب قطعنامه ۲۱۷۷

(۲۰۱۴) در جریان شیوع همه‌گیری ابولا در آفریقا به اوج خود می‌رسد. شورای امنیت در این قطعنامه اعلان دارد که: «نتایج به دست آمده از کشورهای آسیب دیده، حاکی از به خطر افتادن ترکیب صلح و توسعه به دلیل نادیده انگاشتن همه‌گیری ابولا است، و نشان می‌دهد که این همه‌گیری ثبات را در این کشورها به خطر انداخته، و چنانچه کنترل نشود، می‌تواند سبب بروز مصادیق دیگری از ناآرامی‌های مدنی، تنش‌های اجتماعی، و وخامت جوسیاسی و افزایش ناامنی شود» (بند ۴). شورای امنیت در بند ۵ می‌افزاید: «سطح بسیار بالای همه‌گیری ابولا در آفریقا موجب تهدید صلح و امنیت بین‌المللی می‌شود».

با به رسمیت شناختن همه‌گیری ابولا در قالب مفهوم امنیت جمعی (Zakerian Amiri et al., 2019: 56)، شورای امنیت از تعهد فوری و همکاری بین‌المللی کشورها، در تمام سطوح سخن می‌گوید (بند ۱۳). اگر دولت‌ها مسئولیت تحقق حق بر سلامت را در سطح ملی بر عهده دارند، شورای امنیت نیز سطوح منطقه‌ای و بین‌المللی آن را با هدف ارائه یک «پاسخ بین‌المللی هماهنگ در مواجهه با همه‌گیری ابولا» بر عهده تمام دولت‌ها می‌گذارد. از این منظر، تلقی جمعی حق بر سلامت به مثابه یک «خیر مشترک» در سطح جهانی تفسیر می‌شود (Couture Ménard & Pavot, 2016: 254-255).

برای یک پاسخ جمعی، نخست می‌بایست تعریف جامعی از سلامتی ارائه داد: «سلامتی، وضعیت کامل تندرستی فیزیکی، روانی و اجتماعی بوده، و تنها به معنی فقدان بیماری یا ناتوانی نیست». این تعریف می‌تواند پیوندی میان سلامتی و مجموعه حقوق و آزادی‌های اساسی برقرار نماید. اگرچه در جریان وقوع یک همه‌گیری، نخست سلامتی با خطر مواجه می‌شود، اما دومینوار، این تهدید به تمام حوزه‌های اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و امنیتی گسترش می‌یابد (Okila, 2016: 306). برای مثال، در بند ۶ قطعنامه ۲۱۷۷ و بند ۹ قطعنامه ۲۴۳۹، شورای امنیت بطور مستقیم از پیوند میان حق بر سلامت و نقض حقوق زنان صحبت می‌کند؛ بعلاوه دیگر در بندهای ۳ و ۱۴ قطعنامه ۲۴۳۹ از تشدید نابرابری فوق در جریان بحران سخن به میان می‌آورد. مصادیق دیگر این پیوند در «مقررات سلامتی بین‌المللی سال ۲۰۰۵»، سازمان بهداشت جهانی، با ممنوعیت مسافرت‌های داخلی و بین‌المللی، درک می‌شود (Couture Ménard & Pavot, 2016: 251). گفتنی است این مقررات (موقت) به صراحت از سوی برخی کشورهای عضو، همچون استرالیا و کانادا، نادیده انگاشته شده است (Millet-Devalle, 2016: 513-514).

اگرچه، یک همه‌گیری به سرعت می‌تواند به یک بحران جهانشمول انسانی، اجتماعی، اقتصادی و امنیتی تبدیل شود، اما شدت آن به دوفاکتور موثر بستگی دارد: تعداد قربانیان و نرخ مرگ و میر (Millet-Devalle, 2016: 506). با بررسی گاه‌شمارانه شیوع ابولا مطابق آمار سازمان بهداشت

جهانی، درمی‌یابیم که میان سال‌های ۱۹۷۶ تا ۲۰۱۸، ۳۱,۱۶۱ مورد از ابتلا به ابولا ثبت شده، و با متوسط نرخ مرگ و میر ۵۶٪، تعداد کشته‌ها ۱۲,۹۹۹ نفر بوده است. در واقع، مهمترین دلیل تلقی این همه‌گیری بعنوان تهدیدی برای امنیت جمعی، تعداد قربانیان و نرخ مرگ و میر آن می‌باشد.

نرخ مرگ و میر	تعداد قربانی	تعداد مبتلا	زمان	کل جهان	بیماری
56%	12999	31161	1976-2018	کل جهان	
---	---	---	---	چین	
---	---	---	---	فرانسه	
0%	---	1	2014 (یک سال)	بریتانیا	
---	---	---	---	روسیه	
25%	1	4	2014 (یک سال)	ایالات متحده	

جدول ۱- مبتلایان و قربانیان ابولا در ۱۹۷۶-۲۰۱۸

Table 1 - Ebola sufferers and victims in 1976-2018

Source: Organisation mondiale de la santé (le 15 juin 2020)

#### ۴- ویروس کرونا: تهدیدی تازه در برابر امنیت جمعی

در این بخش با بررسی کرونا بعنوان یک اپیدمی نوظهور که جهان را به چالش کشیده است، به مطالعه افزایش توجه جهانی به خطر شیوع بیماری‌های مسری خواهیم پرداخت. با پذیرش دو ویژگی تجربه و مقیاس پذیری (Latty, 2019: 75-76)، آمار ابولا را در ارتباط با همه‌گیری نوظهور کرونا مقایسه خواهیم نمود. این قیاس با هدف قوت بخشیدن به تفسیر بحران سلامتی بعنوان تهدیدی علیه امنیت جمعی و لزوم اتخاذ تدابیر ویژه در ارتباط با تعهدات بین‌المللی در فراسوی مرزهای ملی، صورت خواهد گرفت.

#### ۴-۱- ویروس کرونا و بحران سلامت جهانی

در اواخر سال ۲۰۱۹ شیوع کرونا باردیگر لزوم توجه جهانی به مساله مبارزه فراملی برای حمایت از سلامت جمعی را برجسته می‌کند. ولیکن گستردگی ابعاد شیوع کرونا و خطرات آن سبب افزایش بیش از پیش نگرانی‌ها از همه‌گیری اخیر می‌گردد.

نخستین تفاوت میان دو همه‌گیری پیرامون جغرافیای شیوع آنها ریشه دارد. شیوع ابولا تنها در هفت کشور گزارش شده است، اما کرونا تقریباً در سراسر گیتی، از جمله در پنج کشور قدرتمند عضو شورای امنیت، شیوع یافته است. بعلاوه، مقایسه آماری دقیق میان دو همه‌گیری سبب فهم بهتر تاثیرات آنها بر تعهدات بین‌المللی خواهد شد.

۱. اسپانیا، ایالات متحده آمریکا، ایتالیا، مالی، نیجریه، بریتانیا و سنگال.

نرخ مرگ و میر	تعداد قربانی	تعداد مبتلا	زمان شروع	
			مدت	
۵.۵۶٪	۴۲۸۶۳۰	۷۶۹۰۷۰۸	۱۷ novembre 2019	کل جهان
5.57%	4634	83181	17 novembre 2019 212 روز	چین
18.70%	29407	157220	26 janvier 2020 142 روز	فرانسه
14.09%	41698	295889	1 mars 2020 107 روز	بریتانیا
1.31%	7091	537210	2 mars 2020 106 روز	روسیه
5.49%	117426	2135309	14 mars 2020 94 روز	ایالات متحده

جدول ۲- مبتلایان و قربانیان ویروس کرونا در ۲۰۱۹-۲۰۲۰

Table 2 - Coronavirus sufferers and victims in 2019-2020/

Source: Statista (le 15 juin 2020)

مقایسه آماری دوهمه‌گیری نشان می‌دهد که بطور کلی نرخ مرگ و میر ابولا (۵۶٪) بسیار بزرگتر از کروناست (۵,۵۶٪ در سطح جهانی). این شاخص در پنج کشور مورد مطالعه از قرار ۵/۵۷٪ در چین، ۱۸/۷۰٪ در فرانسه، ۱۴/۰۹٪ در بریتانیا، ۵/۴۹٪ در ایالات متحده و ۱/۳۱٪ در روسیه می‌باشد. اما در مقابل، نرخ شیوع کرونا بسیار شدیدتر است: ما شاهد ثبت ۷,۶۹۰,۷۰۸ مورد تایید شده تنها در ۲۱۲ روز (میان ۱۷ نوامبر ۲۰۱۹ تا ۱۵ ژوئن ۲۰۲۰) مطابق آمار جهانی بودیم. این نرخ بالا در هر پنج کشور عضو شورای امنیت کم و بیش قابل ملاحظه است: در چین (۸۳,۱۸۱ مبتلا در ۲۱۲ روز)، در فرانسه (۱۵۷,۲۲۰ مبتلا در ۱۴۲ روز)، در بریتانیا (۲۹۵,۸۸۹ مبتلا در ۱۰۷ روز)، در روسیه (۵۳۷,۲۱۰ مبتلا در ۱۴۲ روز) و در ایالات متحده (۲,۱۳۵,۳۰۹ مبتلا در ۹۴ روز).

علیرغم نرخ نسبتاً پایین مرگ و میر کرونا، تعداد کشته‌های این ویروس افزایش قابل توجهی نسبت به ابولا داشته است. برای مثال، تعداد کشته‌ها در ایالات متحده تنها در ۹۴ روز (میان ۱۴ مارس تا ۱۵ ژوئن) به عدد ۱۷,۴۲۶ نفر رسیده است، این در حالی است که تعداد کشته‌های ابولا طی ۴۶ سال ۱۲,۹۹۹ نفر می‌باشد. آمار مذکور حکایت از یک بحران نوظهور جهانی فاجعه‌وار دارند.

با مقایسه آماری مطابق استدلال موجود در ماده ۳۹ منشور، به دودلیل شیوع کرونا، نسبت به ابولا، خطر جدی‌تری برای امنیت جمعی محسوب می‌شود: نخست آنکه، شدت شیوع بالای کرونا در سطح جهانی بسیار بالاتر است؛ دوم آنکه، اگر نرخ مرگ و میر مبتلایان به کرونا در قیاس با ابولا پایین است،



اما تعداد کشته‌ها بطور قابل ملاحظه‌ای به دلیل شدت شیوع، بیشتر است. علاوه بر این دودلیل، ما می‌توانیم فاکتور مهم دیگری را نیز برای برجسته‌تر کردن نقش کرونا در رابطه با تعهدات سلامت بین‌المللی، در سال‌های پس از این بحران، اضافه نماییم: اگر امنیت جمعی در قطعنامه ۲۱۷۷ فاقد ارزش الزام‌آوری است، این غیرالزام‌آوری احتمالاً در نتیجه ثبت موارد نادر ابولا در کشورهای تصمیم‌گیر شورای امنیت می‌باشد. تنها ۵ مورد تایید شده ابولا (چهار مورد در ایالات متحده و تنها یک مورد در بریتانیا) از میان این پنج کشور اعلام شده است، و اینکه تنها یک مورد از آنها در سال ۲۰۱۴ در ایالات متحده منجر به مرگ شده است، که تعداد کشته‌ها تفاوت چشمگیری در مقایسه با کرونا دارد. از یک سوی، هر پنج کشور عضو شورای امنیت درگیر این بحران شدند، و از سوی دیگر، تنها در ۹۴ روز، ۱۱۷,۴۲۶ کشته در ایالات متحده در اثر ابتلا به کرونا ثبت شده است. این رقم تقریباً ده برابر بزرگتر از تعداد کشته‌های ابولا طی ۴۶ سال و در هفت کشور (عمدتاً آفریقایی) است. در نتیجه شیوع گسترده کرونا، بویژه در کشورهای عضو شورای امنیت، و همچنین تعداد کشته‌های بالا در اثر ابتلا به همه‌گیری اخیر، موجب شکل‌گیری تعهدات بین‌المللی جدی‌تری در حوزه سلامت خواهد شد.

با توجه به اینکه بحران کرونا هنگام نگارش این مقاله در جریان است، ارائه تفسیر فراگیر از ابعاد گوناگون و نتایج آن امری ناممکن می‌نماید. با این وجود، مطالعه آماری مقدماتی حاکی از شیوع یک شبه-ابرو ویروس دارد که دنیا را در می‌نوردد (Okila, 2016: 323). ابعاد گوناگون این بحران به اندازه‌ای بزرگ است که دبیرکل سازمان ملل متحد، آنتونیو گوترش، کرونا بعنوان «وخیم‌ترین بحران جهانی» پس از جنگ جهانی دوم یاد می‌کند: «ترکیب یک بیماری که همه دنیا را تهدید می‌کند با اثر اقتصادی که منجر به رکود بی‌سابقه در گذشته نزدیک» و «ترکیب این دو فاکتور با خطر مشاهده بی‌ثباتی، خشونت و منازعات فزاینده»، این بحران را مبدل به «بزرگترین چالش ما پس از جنگ جهانی دوم» می‌کند. این بحران همچنین «نیازمند پاسخی بسیار قوی و موثر» است، که این پاسخ محقق نمی‌شود مگر «بواسطه همبستگی و از طریق همبستگی و گردهمایی همه، با کنار گذاشتن بازی‌های سیاسی و درک اینکه بشریت در معرض خطر است» (Paskova, 2020). خطر وجود چنین تهدیدی با تصویب قطعنامه ۲۷۰/۷۴ مورخ ۲ آوریل ۲۰۲۰ توسط مجمع عمومی سازمان ملل متحد تصدیق می‌شود. این قطعنامه نیاز به همکاری چندجانبه برای «احترام کامل به حقوق بشر» را مورد تأکید قرار داده (ONU Info, 3 avril 2020) و می‌افزاید «جای هیچ‌گونه تبعیض، نژادپرستی و بیگانگی‌ها را در پاسخ به این همه‌گیری وجود ندارد» (بند ۲).

#### ۴-۲- بحران کرونا و افزایش نابرابری

اضطرار و ظهور مشکلات سلامتی یک بُعد از این بحران است، و اثرات اقتصادی نیز بُعد دیگر

<sup>1</sup>. António Guterres

که کشورهای کمتر توسعه‌یافته را بیشتر تحت تاثیر قرار خواهد داد. در حالی که بحران سلامتی هزینه‌های گزافی را به کشورها تحمیل می‌کند (See: Couture Ménard et Pavot, 2016: 252)، نابرابری میان کشورها (Okila, 2016: 294) و همچنین میان گروه‌های مختلف اقتصادی-اجتماعی در یک کشور، بویژه با هدف قرار دادن مهاجران (Organisation mondiale de la Santé 2003) و پناهنده‌ها (Jasarevic, 2020)، را نیز تشدید می‌کند. کنفرانس سازمان ملل متحد در خصوص تجارت و توسعه اشاره به «بدهی‌ها، باورها و گرایش‌های سیاسی دارد که مقابله با تبعات اقتصادی بحران سلامتی را به خطر می‌اندازند». با ایجاد رکود در برخی کشورها، همه‌گیری رشد سالانه جهانی را به زیر ۲/۵۰ کاهش خواهد داد. مطابق پیش‌بینی‌ها، از دست دادن اعتماد به نفس مصرف‌کننده و سرمایه‌گذار از «فوری‌ترین نشانه‌های شیوع همه‌گیری» است (ONU Info, 9 mars 2020).

دیگر نتیجه این کنفرانس، پیش‌بینی «سقوط چشمگیر» سرمایه‌گذاری مستقیم خارجی است: «تخمین‌های کنونی تاثیرات اقتصادی و بازرگاری در سود، می‌تواند سرمایه‌گذاری خارجی را در سال ۲۰۲۱-۲۰۲۰ از منفی ۳۰ درصد تا منفی ۴۰ درصد برساند» (ONU Info, 26 mars 2020). در نهایت، کنفرانس «طرح مارشال» را با هدف بهبود مجدد سلامتی در کشورهای کمتر توسعه‌یافته پیشنهاد می‌دهد. از این منظر، طبق نظرنیکولاس مایستر، اقتصاددان بخش استراتژی‌های جهانی شدن و توسعه کنفرانس مذکور، «پس از بحران ۲۰۰۹-۲۰۰۸، کشورهای توسعه‌یافته معمولاً به تعهداتشان در حوزه کمک‌های عمومی به کشورهای در حال توسعه عمل نکردند» و «اگر این کشورها به قول‌های خود پایبند بودند، می‌بایست در حدود ۲۰۰۰ میلیارد دلار به سمت کشورهای کمتر توسعه یافته جاری می‌شد. با توجه به وضعیت اورژانسی، ضروری‌ست تا هرچه سریع‌تر در حدود یک چهارم از این کمک بلوکه شود» (ONU Info, 30 mars 2020).

صندوق بین‌المللی پول اعلام می‌دارد که «جهان وارد رکود اقتصادی مشابه سال ۲۰۰۹، حتی شدیدتر از آن، شده است». این گزارش لزوم یک «پاسخ چندجانبه هماهنگ و جهانی در سطح بسیار بزرگ با تخصیص حداقل ۱۰ درصد از تولید ناخالص داخلی جهانی» را مورد تاکید قرار می‌دهد. ۳۱ مارس ۲۰۲۰، آنتونیو گوترش طرحی برای مقابله با اثرات اقتصادی-اجتماعی کرونا در سطح جهانی و با محوریت یک صندوق جهانی با هدف حمایت از کشورهایی با درآمد پایین و متوسط را پیشنهاد نمود (ONU Info, 31 mars 2020).

با برسمیت شناختن ابعاد جهانی کرونا بعنوان عاملی در جهت افزایش رنج بشری و اختلال اقتصادی، گوترش برنامه خود به تاریخ ۲۳ مارس اذعان دارد که «جهان بی‌صبرانه منتظر اقدام هماهنگ و قاطع سران جهان [گروه جی-۲۰] است». نامه وی حاوی سه محور اصلی می‌باشد:

<sup>1</sup>. Nicolas Maystre

نخست، لزوم هماهنگی و همکاری بین‌المللی برای پاکسازی همه‌گیری (محرور اول) و برای به حداقل رساندن اثرات اقتصادی-اجتماعی بحران کرونا (محرور دوم) مورد تأکید قرار گرفته است. در محور سوم نیز دبیر کل بر آورد می‌نماید که همکاری فوق از طریق مسئولیت مشترک بهبودی، قابل دسترس تر خواهد بود. او گروه جی-۲۰ را به پیاده‌سازی مکانیزمی منظم، مطابق رهنمودهای سازمان بهداشت جهانی، برای گذار جمعی از بحران حاضر دعوت می‌کند. «یک چنین مکانیزمی پاسخ جهانی را تقویت خواهد کرد و به کشورها توانایی همبستگی بیشتر را برای کنترل شیوع: تست، پیگیری، قرنطینه، درمان و هماهنگی در جابجایی و تماس با بیماران، می‌دهد. همچنین می‌بایست در جهت ارتقای سطح همکاری‌های علمی در تحقیقات بر روی واکسن و درمان کمک کرد» (بند ۱ محور نخست). نکته بسیار مهم این نامه ارائه تفسیری از مسئولیت جی-۲۰ با اشاره به توانمندی آنها در مقابله با بحران سلامتی اخیر می‌باشد: «یادآوری می‌کنیم که گروه جی-۲۰، که ۸۵ درصد از تولید ناخالص جهانی را نمایندگی می‌کند، نفع مستقیم و نقش اساسی برای ایفا جهت کمک به توسعه کشورها در گذار از این بحران دارد. اگر گردش ویروس همچون آتش سوزی در سراسر گیتی پراکنده شود، ریشه کنی آن دست نیافتنی باقی خواهد ماند» (بند ۶ محور دوم).

با تأکید بر منافع قدرتهای اقتصادی، گوترش اشاره دارد که اگر کشورهای قدرتمند مسئولیت خود را نپذیرند، تمام نتایج سلامتی و اقتصادی آن، منافع آنها را نیز با خطر مواجه خواهد ساخت. در جلسه جی-۲۰، مورخ ۲۶ مارس، تدریجاً آدنوم گبریزس<sup>۱</sup>، مدیر کل سازمان بهداشت جهانی، اعلان می‌دارد که «ما برای مقابله با بحران سلامتی مهم قرن حاضر گردهم آمدیم. ما در نبرد با ویروسی هستیم که اگر آن را رها کنیم، ما را تهدید به جدایی می‌کند». با قدردانی از ابتکار گروه جی-۲۰ در هدف گذاری یافتن راهکارهای جمعی، وی می‌افزاید: «ما در میان بحرانی جهانی قرار داریم که نیاز به پاسخی جهانی دارد» (Lindmeier 2020).

آمار و استدلال‌های موجود در طی این بحران سلامتی جهانی هر روز تغییر می‌کنند و نتایج قطعی آنها در دوران پسا کرونا ظاهر خواهد شد. اما با توجه به سرعت بالا و فراگیر شیوع کرونا در جهان، وضعیت حاضر در زمان کوتاهی منجر به افزایش مرگ و میر در کشورها خواهد شد، که خود دلالت بروخامت اوضاع دارد. اکنون برای قضاوت در خصوص نتایج آن بسیار زود می‌نماید، ولیکن شدت تهدید و تاثیر آن در تصویری از سالن مجمع عمومی سازمان ملل متحد که در سایت این سازمان به تاریخ ۲ آوریل منتشر شد، کاملاً آشکار است. این جلسه مجمع عمومی برای تصویب قطعنامه‌ای با هدف افزایش همکاری بین‌المللی در مقابله با همه‌گیری کرونا تشکیل شده است. در این تصویر نماینده کشورهای عضو، ماموریت خود را به دلیل تدابیر مرتبط با شیوع کرونا از راه دور و الکترونیک پیگیری می‌کنند.

<sup>1</sup>. Tedros Adhanom Ghebreyesus

### ۳-۴- موانع و چشم‌انداز امنیت سلامتی جهانی در دوران پسا کرونا

برای پیش‌بینی یک چشم‌انداز واقعی از تعهدات بین‌المللی در خصوص حق بر سلامت در دوران پسا کرونا، می‌بایست نخست به موانع این نوع از تعهدات در سال‌های پیش از بحران اشاره داشت. پس از بررسی موانع، به مطالعه بستر مفهوم امنیت جمعی و همچنین چشم‌انداز این تعهدات در فضای پسا کرونا خواهیم پرداخت.

#### ۴-۱-۳- موانع تفسیری و ساختاری توجه به امنیت سلامتی جمعی

نخستین مانع در تعریف مسئولیت ملی در رابطه با انواع حقوق اقتصادی-اجتماعی، بویژه در خصوص توسعه اقتصادی-اجتماعی، ریشه دارد (Document final du Sommet Mondial de 2005: 22). برای مثال، تعهدات بین‌المللی حق بر سلامت تنها در سطح ارتقاء و حمایت از حقوق افراد متعلق به گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه، همانند کارگران مهاجر، صراحت دارند. با در نظر گرفتن تفسیری فردگرایانه از حق بر سلامت، دیگر عدم تحقق متناسب و شایسته آن، برابر با نقض آشکار یک حق و به معنای تهدید جمعی نزد شورای امنیت سازمان ملل در نظر گرفته نمی‌شود (Latty, 2019: 82). این تلقی در نادیده انگاشتن مقررات موقت سلامتی سال ۲۰۱۵ توسط برخی کشورهای توسعه یافته آشکار است. نقصان فوق با نبود اشاره مستقیم به حق بر سلامت در فصل هفتم منشور ملل متحد تشدید می‌شود. در نتیجه، تثبیت این حق در چارچوب مفهوم امنیت جمعی به یک تفسیر موقت، دوره‌ای و همچنین بدون هیچ‌گونه ترتیبات الزام‌آور قضایی محدود شده است (Okila, 2016: 311). اثرات فقدان اشاره مستقیم فوق در ماده‌های ۴ تا ۱۲ قطعنامه ۲۱۷۷ کاملاً ملموس است. بویژه اگر ما آنها را با مقررات الزام‌آور اعلان شده در قطعنامه ۱۳۷۳ (۲۰۰۱) برای مقابله با تروریسم مقایسه نماییم. این در حالی است که نقض حق بر سلامت در عمل از بُعد جمعی قابل ملاحظه‌ای برخوردار بوده (Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, s. d.: 7) و اینکه تلقی فردی از این حق در سطح ملی تنها بعنوان تعهدی حداقلی در نظر گرفته شده است. پس می‌توان انتظار داشت که دولت‌ها برنامه فعال کمک و همکاری بین‌المللی در حوزه‌های فنی و اقتصادی را در دستور کار خود قرار دهند (Ibid., 29-30).

علاوه بر نقص عملیاتی در ساختار سازمان بهداشت جهانی و اجرای مقررات سلامتی بین‌الملل (Bélanger, 1985: 20)، ماده‌های ۲۲ و ۲۳ اساسنامه این سازمان صلاحیتی «شبه قضایی» را به ذهن مفسران متبادرمی‌سازد (Latty, 2019: 84). در حالی که اساسنامه آن اختیارات وسیعی برای خود پیش‌بینی می‌کند، اما عملاً اقدامات این سازمان فاقد هرگونه قدرت الزام‌آوری است؛ مگر با پذیرش اختیاری کشورهای عضو (Bélanger, 1985: 51). در پایان باید افزود، کاهش بودجه سازمان بهداشت

<sup>۱</sup>. به ماده ۲۴ بخش نخست اعلامیه و برنامه عمل وین بنگرید.

جهانی محدودیت دیگری به این نهاد تحمیل می‌کند، محدودیتی که سازمان را به کاهش تعداد کارشناسان خود در وضعیت اورژانسی آفریقا طی بحران ابولا ناچار ساخت (Millet-Devalle, ۲۰۱۶: ۵۱۶).

#### ۴-۳-۲- ژرف شدن تفسیر سلامت جمعی

علیرغم موانع یادشده، شاهد دونگته امیدبخش در اتخاذ طرح مسئولیت جهانی در سال‌های پیش از کرونا بودیم. از یک سوی، دبیرکل سازمان ملل متحد «مکانیزم پاسخ اضطراری ملل متحد» را ۱۲ اوت ۲۰۱۴ راه‌اندازی کرد؛ از سوی دیگر، وی یک هماهنگ‌کننده اصلی سیستم ملل متحد برای مقابله با ابولا را بکارگمارد. در نهایت، با وجود ماهیت غیرالزام‌آور، تصویب قطعنامه ۲۱۷۷ توسط شورای امنیت گامی بزرگ در اتخاذ تعهدات سلامتی بین‌المللی محسوب می‌شود. از این منظر، با وجود اینکه قطعنامه ۲۱۷۷ در صلاحیت فصل هفت منشور قرار نمی‌گیرد، اما نقش نمادین برجسته‌ای در ارائه پاسخی جهانی برابر چنین تهدیدی بازی می‌کند (Burci, 2014: 29-30).

پس از همه‌گیری ابولا، کرونا یادآور این نکته است که تهدید سلامتی همیشه محدود به هفت کشور عمدتاً آفریقایی نخواهد بود، این تهدید می‌تواند روزی از مرزها و اقیانوس‌ها عبور کرده (See: Bagheri Hamed et al., 2018: 194) و ۱۱۷,۴۲۶ نفر را تنها در ۹۴ روز، در ایالات متحده، بکام مرگ برد. اگر در بحران ابولا کشوری مانند کنگو به دلیل درگیری‌های داخلی امکان تحقق قطعنامه ۲۱۷۷ را نداشت، شورای امنیت در قطعنامه ۲۴۳۹ (۲۰۱۸) این کشور را به همکاری با سایر اعضا دعوت می‌کند - اما پس از ۴ سال فاصله، همچنان ماهیت غیرالزام‌آور قطعنامه نخست در قطعنامه دوم نیز خودنمایی می‌کند. با وجود چنین تجربیاتی تاریخی که حاکی از عدم توسعه متناسب الزامات بین‌المللی است، و خامت شرایط و همچنین تفسیر همه‌گیری‌ها بعنوان خطر عینی خواهد توانست سبب اتخاذ تعهدات سلامتی بین‌المللی، مطابق تفسیر آنها بر مبنای امنیت جمعی، در صلاحیت ماده ۲۵ منشور ملل متحد در سال‌های پساکرونا شود.

این ارتقای سطح تعهدات در واقع همان آرمانی است که کوفی عنان در بندهای ۸۰ و ۸۱ گزارش خود تحت عنوان «با آزادی بیشتر» در سال ۲۰۰۵ بدان اشاره کرده‌است. در مقیاسه میان «شیوع یک بیماری جدید و آگیردار در یک کشور فقیر محروم از سیستم سلامتی موثر» با نتایج مخرب یک حمله تروریستی در ایالات متحده یا اروپا (بند ۸۰)، وی اتخاذ سطحی مشابه از تعهدات بین‌المللی را برای حق بر سلامت پیشنهاد می‌دهد: «برای مقابله با ارتباط پویای میان تهدیدات، ما می‌بایست یک اجماع نوینی بر امنیت، که در اصل، نخست حق زندگی بدون ترس را برای همگان قائل باشد و همچنین تهدید یکی را [تهدیدی] همگانی بنگارد، دست یابیم. زمانی که این مساله را درک کنیم، انتخاب

۱. ماده ۲۵ منشور کشورها را ملزم می‌کند تا تصمیمات شورای امنیت را اجرا کنند: «اعضای سازمان تصمیمات شورای امنیت را مطابق منشور حاضر پذیرفته و [به آنها] عمل می‌کنند».

دیگری جز مقابله با تمام تهدیدات نخواهیم داشت. می‌بایست با ایدز همانند تروریسم، پرشتاب، موضع تهاجمی بگیریم، و با آن درست همانند فقر و افزایش نظامی‌گری مبارزه نماییم. همانطور که برای از بین بردن تسلیحات کشتار دسته‌جمعی مصمم هستیم، می‌بایست خطر تسلیحات سبک‌تر را نیز از بین ببریم. بعلاوه، باید ضمن پیش‌بینی این تهدیدها، با تمام ابزارهای ممکن در اختیارمان، در زمانی بسیار سریع نسبت به آنها عمل کنیم» (بند ۸۱).

با در نظر گرفتن چنین پیشینه‌ای در رابطه با حقوق اقتصادی-اجتماعی درمی‌یابیم که تعهدات بین‌المللی مربوطه در طول این سال‌ها در سطوح مختلف ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی مبدل به دکترینی جهانی شده‌اند (Riedel et al., 2014: 3). این ارزیابی در سال‌های پس از جنگ جهانی دوم در چارچوب حق کرامت ملت‌ها (Virally, 1974: 66; Colard, 1975: 444) و همچنین مأموریت حفظ صلح بین‌المللی<sup>۱</sup> مورد اشاره قرار گرفته است. فرآیندی که پس از جنگ سرد (Burci, 2014: 31) تا ۱۱ سپتامبر ۲۰۰۱ روبه رشد می‌بود. به نظر می‌رسد که فضای بین‌المللی پس از حملات نیویورک دوباره بر پایه دکترین واقع‌گرایی و امنیتی قرار گرفت. اما با گذر زمان نه تنها نقش حقوق بشر به هیچ‌وجه در مبارزه بین‌المللی با تروریسم کاهش نمی‌یابد، بلکه برعکس این فرض اتفاق افتاده و حمایت مطلوب از حقوق بشر همانند حوزه‌ای بسیار مهم در مبارزه با تروریسم در سند «راهنمای فنی اجرای قطعنامه ۱۳۷۳ شورای امنیت» تفسیر شده است.

با در نظر گرفتن فراز و فرودهای تاریخی و با توجه به شیوع جهانی ویروس کرونا، جامعه جهانی در انتظار شکل‌گیری تعهدات بین‌المللی جدی در چارچوب یک هدف مشترک عینی همچون امنیت جمعی جهانی در فراسوی مرزهای ملی، در دوره پسا کرونا است. در حالی که تعهدات شبه‌الزام‌آور در خصوص حق بر سلامت در سیستم‌های منطقه‌ای (مانند کمیسیون بین‌المللی آمریکایی حقوق بشر و کنوانسیون اروپایی حقوق بشر) و برخی کنوانسیون‌های بین‌المللی (مانند کنوانسیون منع تمام اشکال تبعیض نژادی) وجود دارد، اما علاوه بر اصل عدم تبعیض، همچنان نیازهی یک تفسیر جمعی که بتواند تمام جوانب حق بر سلامت را پوشش دهد، احساس می‌شود. یک چنین نیازی به اتخاذ یک نظم جدید برای مقررات بین‌المللی، یکپارچه و پایدار در حوزه سلامت<sup>۲</sup> خواهد انجامید

<sup>۱</sup>. بنگرید به: بند ۱ مقدمه اعلامیه جهانی حقوق بشر؛ بند ۱ مقدمه میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی؛ ماده ۱ بخش نخست اعلامیه و برنامه عمل وین؛ بند ۴ مقدمه کنوانسیون اروپایی حقوق بشر.

<sup>۲</sup>. با چنین رهیافتی، میشل بلانگر، بکارگیری ابزاری کارآمد بین‌المللی، همانند صلاحیت قضایی (دادگاه‌های بین‌المللی) که در بند ۳ ماده ۱۰۰ مقررات بهداشتی بین‌المللی سال ۱۹۶۹ در موارد عدم تعهد کشورها صحبت شده است، را مطرح می‌سازد (Bélanger, 1985: 61).

<sup>۳</sup>. این نظم نوین سلامت بین‌المللی به لحاظ تاریخی در شعار ایده‌آلیستی با مضمون «سلامتی برای همه در سال ۲۰۰۰» ریشه دارد (Emanuelli, 1985: 16). این شعار بر اساس ماده ۵ اعلامیه *آلما آتا* (۱۹۷۸) مطرح شده است: «یکی

(Bélanger, 1982: 613-614).

برای دستیابی به این هدف، شورای امنیت، بعنوان رکن ضامن امنیت جمعی (Akefi Ghaziani 2020: 122-123)، می‌تواند با تصویب قطعنامه‌ای الزام‌آور، مقررات ویژه‌ای را در صورت وقوع بحران سلامتی به کشورها تحمیل کند. برای مثال، کشورها حق خواهند داشت تا یک محصول درمانی را بدون اجازه صاحب حق امتیاز تولید یا وارد کنند (Okila, 2016: 321). یا بالعکس، در یک شرایط خاص، کشورها می‌توانند داروهای مورد نیاز را بدون موافقت صاحب حق امتیاز به کشورهای ضعیف‌تر صادر نمایند (Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, s. d.: 33). مطابق نظر سازمان توسعه صنعتی ملل متحد، و جاهت چنین حقی در چارچوب قراردادهای عادی یا ترتیبات قراردادی دوطرفه برای اجازه انتقال تکنولوژی تولید دارو از کشورهای توسعه یافته به کشورهای در حال توسعه ریشه دارد (Bélanger, 1985: 36).

بعلاوه، این مقررات خواهند توانست تعهدات بین‌المللی کشورها را در جریان بحران تضمین کنند. آنها می‌توانند طیف گسترده‌ای از تعهدات - از تعهدات اعلام اجباری تا همبستگی بین‌المللی (Mazen, 1989: 39 & 47) - را به دولت‌ها تحمیل کنند. همچنین می‌تواند دولت‌ها را به پذیرش کمک‌های درمانی بین‌المللی ترغیب نمایند و در صورت رد این کمک‌ها، تحریم‌های هدفمند در این رابطه در نظر بگیرند.

در حالی که بحران کرونا مقابل دیدگان ما قرار دارد، و اینکه ما قادر به ارزیابی نتایج دقیق آن نیستیم، اما با این وجود، شاهد نخستین موانع سیاسی در شکل‌گیری اجماع جهانی برای استقرار تعهدات سلامتی بین‌المللی بودیم.

وجود موانع سیاسی در تثبیت تعهدات بین‌المللی حق بر سلامت، حقیقتی است که از همان لحظه شکل‌گیری ساختار ملل متحد تکرار می‌شود. برای مثال، منازعات سیاسی در زمان تشکیل دفتر بین‌المللی بهداشت عمومی (در سال ۱۹۰۷) منجر به شکل‌گیری دو ساختار بین‌المللی «سازمان

---

از اساسی‌ترین اهداف اجتماعی دولت‌ها، سازمان‌های بین‌المللی و جامعه بین‌المللی [در واقع] همه تماماً در جریان دهه‌های آتی، از امروز تا سال ۲۰۰۰، باید ارائه یک سطح از سلامت به تمام مردم جهان است، که آنها را قادر به تحقق یک زندگی اجتماعی و اقتصادی فعال خواهد نمود، باشد.

۱. در حالی که اینگونه تعهدات هنوز بطور کامل در فضای بین‌المللی جریان ندارند، به لحاظ عملیاتی، دومرتبه مورد استناد قرار گرفتند: در سال ۲۰۰۷ توسط تایلند و در سال ۲۰۱۵ توسط کانادا (Couture Ménard & Pavot, 2016: 258).

۲. برای مثال، رئیس‌جمهور آمریکا، دونالد ترامپ، به دلیل منازعات سیاسی با چین، دستور توقف کمک‌های مالی به سازمان بهداشت جهانی را در دوره اوج بحران کرونا صادر می‌کند (Nieto Le, 2020).

۳. از این منظر، مبارزه با یک همه‌گیری تنها مساله یک فرد، طبقه اجتماعی یا یک کشوری نیست: این مبارزه به موضوع همبستگی در سطوح مختلف، بویژه در سطح ملی، مبدل شده است (Couture Ménard et Pavot, 2016: 253-254).

بهداشت جامعه ملل» و «سازمان بهداشت پان‌آمریکایی» می‌شود (Couture Ménard & Pavot, 2016: 254-256). ادامه حیات این منازعات در تعاملات بین‌المللی اخیر، همانند زمان تصویب قطعنامه‌ها در مجمع عمومی سازمان ملل متحد، کاملاً محسوس است.

با آنکه قطعنامه‌های مصوب مجمع عمومی سازمان ملل الزام‌آور نیستند، اما تعداد تصویب و اجماع در حمایت از آنها در زمان رای‌گیری و تصویب، دارای ارزش سیاسی بسیار بالایی است. از این منظر، تصویب قطعنامه ۲۷۰/۷۴ مجمع عمومی (۲ آوریل ۲۰۲۰) نخستین تلاش بین‌المللی در جهت اجماع مورد نظر توسط ۱۸۸ عضو، از ۱۹۳ کشور حاضر، مورد حمایت و تصویب قرار گرفت. اما پیشنهاد یک پروژه موازی توسط روسیه سبب عدم حمایت و همگرایی پنج کشور (روسیه، آفریقای مرکزی، کوبا، نیکاراگوئه و ونزوئلا) از این قطعنامه شد. چنین موانع سیاسی در ساختار شورای امنیت نمود بیشتری می‌یابد. علیرغم تلاش‌های بسیار، شورای امنیت هنوز موفق به توافق در خصوص متنی برای این بحران نشده‌است، چرا که واشنگتن بر اشاره مستقیم نام چین بعنوان مبدا بحران سلامتی در سند اصرار دارد، در حالی که دو کشور دیگر، چین و روسیه دارای حق وتو، با این مساله مخالفند (Anon, 2020b).

#### ۴-۳- آغاز تعهدات سلامتی بین‌المللی

علاوه بر وجود موانع سیاسی در روابط میان قدرت‌های بزرگ، تصویب قطعنامه ۲۷۰/۷۴ به نتایج قابل توجهی دست نمی‌یابد. با معرفی رویکردی کلی، برای مثال، ذیل اصل عدم تبعیض (ماده ۲)، این قطعنامه تنها تاکید دارد که «[اقتدار] فقیرتر و آسیب‌پذیرتر بیشتر تحت تاثیر [کرونا] قرار می‌گیرند» (بند ۳ مقدمه)، همچنین نقش کمک‌های بین‌المللی، در قالب «روح همبستگی و کمک متقابل»، برای کاهش اثرات منفی این بحران بر گروه‌های ضعیف‌تر و آسیب‌پذیرتر، را برجسته می‌نماید (ماده ۶).

با چنین ماهیت اعلامی مشابه، دومین قطعنامه مجمع عمومی، ۲۰ آوریل، به تصویب رسید. در قطعنامه ۲۷۴/۷۴، مجمع عمومی تعهدات (غیرالزام‌آور) کشورها را در مبارزه با بحران سلامتی حاضر مورد اشاره قرار می‌دهد. با «تصدیق بر حقوق تمام بشریت، بدون هیچ‌گونه تبعیضی، در بهره‌مندی از بهترین وضعیت سلامت فیزیکی و روانی محتمل قابل دسترس» (بند ۳ مقدمه)، این قطعنامه می‌افزاید: «اهمیت همکاری بین‌المللی و چندجانبه‌گرایی موثر برای کمک به تضمین [آن] است که تمام دولت‌ها تدابیر حمایت ملی، دسترسی و جریان سرویس‌های اساسی، دارو و واکسن با هدف به حداقل رساندن اثرات منفی در تمام کشورهای تحت تاثیر، و جلوگیری از شیوع مجدد همه‌گیری، را اتخاذ کنند» (بند ۶).

با تاکید بر نقش موثر دبیرکل در به منصفه ظهور رسیدن همکاری‌های بین‌المللی میان سازمان بهداشت جهانی و سایر ارکان صالح ملل متحد، شامل نهادهای مالی بین‌المللی، در مبارزه فعال مقابل این همه‌گیری (ماده ۲)، کشورهای عضو را به رعایت نکات زیر ترغیب می‌کند: «مشارکت با کلیه



ذینفعان ذریبط، درافزایش بودجه تحقیق و توسعه واکسن‌ها و داروها، استفاده از فناوری‌های دیجیتال و تقویت همکاری علمی بین‌المللی لازم برای مبارزه با ویروس کرونا و تقویت هماهنگی، از جمله با بخش خصوصی، به منظور توسعه سریع، تولید و توزیع روش تشخیص، داروهای ضدویروس، تجهیزات محافظت شخصی و واکسن‌ها، با رعایت اهداف اثربخشی، ایمنی، عدالت، دسترسی و مقرون به صرفه بودن» (ماده ۳).

در نهایت، مجمع عمومی از «کشورهای عضو و سایر ذینفعان ذریبط [می‌خواهد که] فوراً تدابیری را در چارچوب قوانین مرتبط، برای جلوگیری از تجاری‌سازی و ذخیره‌سازی نامناسب که می‌تواند دسترسی به داروهای ضروری، واکسن‌ها، تجهیزات مراقبت شخصی و پزشکی مورد نیاز در مبارزه با کرونا، که ایمن، موثر و مقرون به صرفه هستند را مختل کند، اتخاذ کنند» (ماده ۴).

در سطح الزام‌آورتر، اول ژوئیه شورای امنیت قطعنامه ۲۵۳۲ با محوریت «توقف فوری خصومت‌ها» در سراسر جهان طی بحران کرونا را تصویب می‌کند. قطعنامه فوق، تحت عنوان «همه طرفین درگیری‌های مسلحانه فوراً آتش‌بس بشردوستانه را برای مدت حداقل ۹۰ روز متوالی آغاز می‌کنند»، پیرو پیشنهاد تونس و فرانسه از ۲۲ آوریل در شورای امنیت مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به وجود اختلافات شدید میان اعضای دائمی شورا، بویژه میان ایالات متحده، چین و روسیه، دستور جلسه مذکور پس از یک سکوت طولانی توسط شورای امنیت بررسی می‌شود (RTBF Info, 22 avril 2020). سرانجام، قطعنامه پس از چند ماه بحث و گفتگو برای دستیابی به سازش میان اختلاف نظر ایالات متحده و چین، در خصوص مراجعه به آراء و نظرات کارشناسی سازمان بهداشت جهانی، توسط شورای امنیت تصویب شد.

در ماده ۲ قطعنامه مذکور، شورای امنیت از «تمام طرف‌های درگیر در منازعات نظامی [می‌خواهد که] فوراً آتش‌بس بشردوستانه پایدار را حداقل برای ۹۰ روز متوالی [حتی در خصوص مبارزه با تروریسم با هدف امکان توزیع کمک‌های بشردوستانه (ماده ۳)] آغاز نمایند» (Challenges, 2 juillet 2020). با اینکه قطعنامه تنها یک بُعد محدود، حول محور منازعات، را مورد هدف قرار داده است، اما پیوند میان حق بر سلامت و تعهدات امنیتی کشورها بیش از پیش تثبیت می‌شود (بند ۱۰ مقدمه). تصویب قطعنامه فوق‌الذکر می‌تواند به مثابه روزنه‌امیدی برای سرآغاز تعهدات الزام‌آور در حوزه سلامت دانست. مطابق این سند، شورای امنیت خواهان آن است که:

- ۱) «همه نهادهای ذی‌صلاح سیستم سازمان ملل (...)، با در نظر گرفتن اختیارات هریک، [از اینکه] اقدامات خود را در برابر بیماری همه‌گیری کرونا، باتأکید بر کشورهای نیازمند، بویژه درگیر منازعات مسلحانه یا بحران انسانی تسریع می‌کنند، اطمینان حاصل نمایند» (ماده ۴)؛
- ۲) «آن [شورا] را از تلاش‌های سازمان ملل متحد برای مقابله با بیماری همه‌گیری کرونا در کشورهای آسیب‌دیده از منازعات مسلحانه یا بحران انسانی، و همچنین اثرات همه‌گیری در مورد

ظرفیت عملیات صلح و ماموریت‌های ویژه سیاسی برای انجام وظایف ضروری خود آگاه سازند» (ماده ۵)؛

۳) «مطابق با وظایف آنها و با در نظر گرفتن ظرفیت خود، دستورالعمل‌های صلح برای حمایت از مقامات کشور میزبان را در تلاش برای مهار همه‌گیری، با هدف ویژه تسهیل دسترسی بشردوستانه، از جمله برای آوارگان داخلی و اردوگاه پناهندگان، آموزش دهند، و رهاسازی هوایی دارو را ممکن سازند، و از دبیرکل و کشورهای عضو می‌خواهد تا ضمن اطمینان از تداوم عملیات، کلیه اقدامات مقتضی برای محافظت از ایمنی، امنیت و سلامتی کلیه کارکنان سازمان ملل متحد در عملیات حفظ صلح سازمان ملل متحد و همچنین سایر اقدامات برای آموزش پرسنل حافظ صلح در موضوعات مربوط به جلوگیری از شیوع کرونا را انجام دهند» (ماده ۶).

این تعاملات در کنفرانس مطبوعاتی دبیرکل، که دقیقاً یک روز پس از تصویب قطعنامه ۲۵۳۲ برگزار شد، به خوبی قابل مشاهده است. در جریان این کنفرانس خبری، آنتونیو گوترش با برجسته ساختن خطر حملات بیوتروریستی به مثابه یک خطر واقعی برای جهان معاصر، افزود: «با توجه به سرعتی که عوامل بیماری‌زا، در جهانی به هم پیوسته، گسترش می‌یابند، باید اطمینان حاصل کنیم که همه کشورها از ظرفیت انعطاف‌پذیر و مناسبی برای پاسخگویی سریع و نیرومند آگاهانه به هر واقعه بیولوژیک جهانی، برخوردارند». دبیرکل خاطر نشان می‌سازد که «به دلیل پیامدهای شدید اقتصادی-اجتماعی بحران، تنش‌ها در حال افزایش است»، و این بحران علاوه بر نقض حقوق اساسی، «دیپلماسی را نیز دشوارتر کرده است». وی تقویت نقش کنوانسیون تسلیحات بیولوژیکی (۱۹۷۲) را، «بعنوان محفلی برای بررسی اقدامات سلامتی پیشگیرانه، ظرفیت‌های پاسخگویی قوی و اقدامات متقابل»، ضروری می‌داند. وی با تأکید بر روابط مستقیم و مختلف میان نقض حقوق بنیادی، مقابله با گسترش خطرات کرونا را تنها از مسیر واکنشی یکپارچه و فوری، بویژه از سوی شورای امنیت، می‌داند. در این راستا، وی از حمایت‌های اعلامی در قطعنامه ۲۵۳۲ شورای امنیت استقبال می‌نماید.

### نتیجه‌گیری

مطابق آمار و ارقام قربانیان کرونا و آرای تخصصی، بی‌تردید شرایط روابط پیش از بحران نخواهند توانست همانند گذشته باقی بمانند. شیوع جهانشمول کرونا و تعداد بالای قربانیان آن در کشورهای توسعه‌یافته، بیانگر این نکته است که تهدید همه‌گیری‌های خطرناک در عصر ارتباطات جهانی، تنها به کشورهای کمتر توسعه‌یافته، همچون کشورهای آفریقایی در مورد ابولا، محدود نمی‌شود. نخستین نتیجه این همه‌گیری آن است که هرگونه تحقق نامناسب حق بر سلامت، حتی در فراسوی مرزهای ملی و یا در یک کشور ضعیف خارجی، پتانسیل آن را دارد که اثرات منفی و نامطلوب قابل توجهی بر سراسر جهان باقی گذارد.

این مساله خود اهمیت تفسیر عینی تعهدات سلامتی کشورها را در سطح بین‌المللی برجسته‌تر می‌کند. در نتیجه، علیرغم وجود موانع سیاسی، با ارایه تفسیر تازه از تعهدات سلامتی در چارچوب امنیت جمعی، این تعهدات بصورت روز افزونی نزد نهادهای بین‌المللی، همانند شورای امنیت و مجمع عمومی ملل متحد و همچنین سازمان بهداشت جهانی، ماهیت الزام‌آورتری خواهند یافت. در حالی که ملاحظات سیاسی در ساختار شورای امنیت فرآیند تصویب چنین قطعنامه‌ای را دشوار می‌سازد، اما بی‌تردید با تعداد بالای قربانیان بحران اخیر در کشورهای توسعه‌یافته، تمام کشورهای عضو شورای امنیت در آینده ضرورت این نیاز عینی را بر سمیت خواهند شناخت. ماحصل استدلال فوق بازتعریف مسئولیت کشورها در خصوص حق بر سلامت، در قالب امنیت جمعی، خواهد بود، که ضمن ایجاد تعهدات بین‌المللی الزام‌آورتر در این حوزه، سبب گسترش مسئولیت بین‌المللی کشورها در فراسوی مرزهای ملی خود، خواهد شد.

اگر یک چنین قطعنامه‌ای توسط شورای امنیت تصویب شود، سرآغازی برای استقرار یک نظام همگرا تر از حقوق و آزادی‌های اساسی در سطح بین‌المللی خواهد بود. تصویب چنین قطعنامه‌ای یکی از نخستین تلاش‌های بین‌المللی در تشکیل مقررات کنوانسیون برای حق بر سلامت می‌باشد، که می‌توان آن را نهالی برای جهانی‌سازی حقوق اقتصادی-اجتماعی در نظر داشت.

## References

1. Akefi Ghaziani, Mohammad, & Moosa Akefi Ghaziani. (2020). « The Functioning of the United Nations Collective Security System; The use of Force Authorized by the Security Council ». *International Studies Journal*, 17(1): 115-139. **(In Persian)**.
2. Alperovitch, A., Dreifuss-Netter, F., Dickele, A. M., Gaudray, P., Le Coz, P., Rouvillois, P., Roux, M., Waquet, P., Lahidji, R., Bonmarin, I. (2009). Questions éthiques soulevées par une possible pandémie grippale. *Les Cahiers du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé*, 59, 1-21.
3. Annan, K. A. (2005). *Dans une liberté plus grande : Développement, sécurité et respect des droits de l'homme pour tous*. Assemblée générale des Nations unies.
4. Arcari, M., Balmond, L. (2012). *La gouvernance globale face aux défis de la sécurité collective*. Napoli : Éditoriale Scientifica.
5. Assemblée générale de l'UNO. (1993). *Déclaration et Programme d'action de Vienne*.
6. Assemblée générale de l'UNO. (2005). *Document final du Sommet mondial de 2005*.
7. Bagheri Hamed, Y., Zakarian Amiri, M., Bolori, P., Hermidas Bavand, D. (2018). The

- Right of health and public health in terms of Fundamental human rights with emphasis on UNESCO document 2030. *Iranian Journal of Medical Law*, 12(46), 177-205. **(In Persian)**.
8. Bélanger, M. (1982). Une nouvelle branche du droit international : Le droit international de la santé. *Études internationales*, 13(4), 611-632.
  9. Bélanger, M. (1985). Réflexions sur la réalité du droit international de la santé. *Revue québécoise de droit international*, n° 2, 19-62.
  10. Burci, G. L. (2014). Ebola, the Security Council and the securitization of public health. *Questions of International Law*, 10, 27-39.
  11. Challenges. (2020). *Coronavirus : Résolution du Conseil de sécurité appelant à une trêve mondiale*. Juillet 2, at: [https://www.challenges.fr/monde/coronavirus-resolution-du-conseil-de-securite-appelant-a-une-treuve-mondiale\\_717561](https://www.challenges.fr/monde/coronavirus-resolution-du-conseil-de-securite-appelant-a-une-treuve-mondiale_717561)
  12. Colard, D. (1975). La Charte des droits et devoirs économiques des états. *Études internationales*, 6(4), 439-461.
  13. Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. (2009). *Questions éthiques soulevées par une possible pandémie grippale*.
  14. Comité des droits économiques, sociaux et culturels. (2000). *Observation générale n° 14*.
  15. Conférence des Nations unies pour l'Organisation internationale. (1945). *Charte des Nations unies*.
  16. Conférence internationale sur les soins de santé primaires. (1978). *Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires*.
  17. Conseil de sécurité. (2000). *Résolution 1308*.
  18. Conseil de sécurité. (2011). *Résolution 1983*.
  19. Conseil de sécurité. (2014). *Résolution 2177*.
  20. Conseil de sécurité. (2018a). *Résolution 2401*.
  21. Conseil de sécurité. (2018b). *Résolution 2439*.
  22. Cour européenne des droits de l'homme (2016). *Arrêt Sayan contre Turquie*, N° 81277/12 (11 octobre 2016).
  23. Couture Ménard, M.-E., Pavot, D. (2016). Les Pandémies et le droit : Vers une plus grande solidarité ? *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke*, 46(2), 251-259.
  24. Couverture des réunions & communiqués de presse. (2020). *Conseil de sécurité : La*

- COVID-19 risque de faire dérailler les processus de paix et transformer les maladies en armes, alerte le Secrétaire général de l'ONU.* Juillet 2, at: <https://www.un.org/press/fr/2020/sc14241.doc.htm>
25. Emanuelli, C. (1985). Le droit international de la santé ; Évolution historique et perspectives contemporaines. *Revue québécoise de droit international*, n° 2, 11-18.
26. Europe 1. (2020). *Covid-19 : L'Assemblée générale de l'ONU appelle dans une résolution à la « coopération ».* Avril 3, at: <https://www.europe1.fr/international/covid-19-lassemblee-generale-de-lonu-appelle-dans-une-resolution-a-la-cooperation-3959496>
27. Gîdea, V. (2009). Ideas of Alexander Wendt on the contributions of Socio-constructivism to the understanding of anarchy as a concept in International Relations. *Revista Română de Studii Internaționale*, 1, 61-72.
28. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. (s. d.). *Le droit à la santé.*
29. Jasarevic, T. (s. d.). *Les droits et la santé des réfugiés, des migrants et des apatrides doivent être protégés dans le cadre des efforts de lutte contre la Covid-19.* Centre des médias de l'OMS. Consulté 11 avril 2020, at: <https://www.who.int/fr/news-room/detail/31-03-2020-ohchr-iom-unhcr-and-who-joint-press-release-the-rights-and-health-of-refugees-migrants-and-stateless-must-be-protected-in-covid-19-response>
30. Latty, F. (2019). La santé en tant qu'élément de sécurité collective. In *Droit international et santé* (Guillaume Le Floch, Thibaut Fleury Graff, p. 73-85).
31. Lindmeier, C. (2020). *Le Directeur général de l'OMS appelle les dirigeants du G20 à lutter contre la COVID-19, à s'unir et à faire office de catalyseurs.* Centre des médias de l'OMS, Mars 26, at: <https://www.who.int/fr/news-room/detail/26-03-2020-who-s-director-general-calls-on-g20-to-fight-unite-and-ignite-against-covid-19>
32. Mazen, N.-J. (1989). SIDA et MVIH. La pandémie, la peur et le droit. *Sciences sociales et santé*, 7(1), 37-80.
33. Millet-Devalle, A. (2016). Les systèmes internationaux de sécurité à l'épreuve d'une épidémie régionale : La maladie à virus Ébola en Afrique. *Annuaire français de relations internationales*, XVII, 505-520.
34. NietoLe, S. (2020). *Suspension du financement de l'OMS : Cinq minutes pour comprendre la décision choc de Trump.* Avril 15, at: <http://www.leparisien.fr/international/suspension-du-financement-de-l-oms-cinq->

- [minutes-pour-comprendre-la-decision-choc-de-trump-15-04-2020-8300061.php](https://www.un.org/press/docs/2020/2020041065812.html)
35. Okila, V. (2016). Conseil de sécurité et renforcement de la lutte contre les pandémies en vertu du Chapitre VII de la Charte des Nations unies. *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke*, 46(2), 291-324.
36. ONU Info. (2020a). *La croissance mondiale menacée par l'épidémie de coronavirus, la CNUCED envisage une crise coûteuse*. Mars 9, at: <https://news.un.org/fr/story/2020/03/1063531>
37. ONU Info. (2020b). *Le coronavirus va entraîner une chute importante des investissements, selon l'ONU*. Mars 26, at: <https://news.un.org/fr/story/2020/03/1065052>
38. ONU Info. (2020c, mars 30). *Impact du Covid-19 : L'ONU demande 2.500 milliards de dollars pour les pays en développement, à l'adresse :* <https://news.un.org/fr/story/2020/03/1065422>
39. ONU Info. (2020d). *L'ONU présente un plan pour faire face aux conséquences socio-économiques du Covid-19*. Mars 3, at: <https://news.un.org/fr/story/2020/03/1065452>
40. ONU Info. (2020e). *Covid-19 : L'Assemblée générale de l'ONU réclame une intensification de la coopération internationale*. Avril 3, at: <https://news.un.org/fr/story/2020/04/1065812>
41. Organisation mondiale de la Santé. (1946). *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*.
42. Organisation mondiale de la Santé. (2003). *Migrations internationales, santé et droits humains*.
43. Organisation mondiale de la Santé. (2015). *Déclaration sur la septième réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international concernant la flambée de maladie à virus Ébola en Afrique de l'Ouest*.
44. Paskova, Y. (2020). *Coronavirus : La pire crise mondiale depuis 1945, selon Antonio Guterres*. Avril 1, at: <http://www.rfi.fr/am%C3%A9riques/20200401-coronavirus-la-pire-crise-mondiale-depuis-1945-selon-antonio-guterres>
45. Riedel, E., Giacca, G., & Golay, C. (2014). The Development of economic, social, and cultural rights in international law. In *Economic, Social, and Cultural Rights in International Law : Contemporary Issues and Challenges* (Eibe Riedel, Gilles Giacca, Christophe Golay, p. 3-48).

46. RTBF Info. (2020). *Coronavirus : Un projet de résolution sur le Covid-19 enfin sur la table du Conseil de sécurité de l'ONU*. Avril 22, at: [https://www.rtb.be/info/societe/detail\\_coronavirus-un-projet-de-resolution-sur-le-covid-19-enfin-sur-la-table-du-conseil-de-securite-de-l-onu?id=10487600](https://www.rtb.be/info/societe/detail_coronavirus-un-projet-de-resolution-sur-le-covid-19-enfin-sur-la-table-du-conseil-de-securite-de-l-onu?id=10487600)
47. Sachs, J. D. (2003). *Institutions don't rule : Direct effects of geography on per capita income*. National Bureau of Economic Research. At: <http://www.nber.org/papers/w9490>
48. Secretary General. (2014). *Identical letters dated 17 September 2014 from the Secretary-General addressed to the President of the General Assembly and the President of the Security Council*.
49. Shirjian, Jalal Eddin, Afshin Zargar, Fatemeh Keyhanlou, & Amir Mahmoody. (2021). « The English School and the Position of International law in the International Society ». *International Studies Journal*, 17(4), 87-116. **(In Persian)**
50. Virally, M. (1974). La Charte des droits et des devoirs économiques des États. Note de lecture. *Annuaire Français de Droit International*, 20(1), 57-77.
51. Wendt, A. (2004). The state as person in international theory. *Review of International Studies*, 30(2), 289-316.
52. Zakerian Amiri, M., Bolori, P., Hermidas Bavand, D., & Bageri Hamed, Y. (2019). The Challenges to Human Security in the Right to Health and Public Health. *Jurisprudence and Islamic Law*, 10(18), 51-73. **(In Persian)**

