

پذیرش: ۱۳۹۸/۰۶/۰۲

دریافت: ۱۳۹۸/۰۳/۰۱

چکیده

مقدمه: وابستگی متقابل و فرآیندهای جهانی شدن در دنیای کنونی، مشکلاتی پیچیده نیز در سلامت جهانی به دنبال داشته است. نابرابری های عمده در حوزه های مربوط به سلامت در دنیا مسائلی چون تغییرات اقلیمی، گسترش بیماری های عفونی، توزیع نابرابر امکانات درمانی، فقر و بیماری های ناشی از آن را در مرکز توجه نظریه عدالت جهانی قرار داده است.

روش ها: نظریه عدالت جهانی که گفتمانی بایدانگار در باب وظایف و مسئولیت های ما در مقابل دیگر انسان های جهان است، در مقام حل بحران ها و مسائل پیش گفته، به رویکردهای مختلفی تقسیم شده است. این رویکردها بنا به پیش فرض ها و مقدمات استدلالی خود در باب اصول عدالت، دیدگاه هایی متفاوت در باب عاملان عدالت دارند. در پژوهش حاضر، با دو رویکرد مسئله محور و نظری در عدالت جهانی، برای دستیابی به رویکرد مطلوب عدالت در سلامت جهانی تلاش خواهیم کرد.

نتایج: برخی رویکردها به عدالت جهانی، دولت ها را تنها عاملان عدالت معرفی می کنند. در مقابل، در برخی دیگر از رویکردها افزون بر دولت ها، افراد و نهادها نیز عاملان عدالت انگاشته می شوند. **نتیجه گیری:** به نظر می رسد بهترین رویکرد به عاملان عدالت جهانی باید نظرگاهی میانه و ترکیبی به دولت و دیگر عاملان عدالت داشته باشد که مسئولیت های اجرای عدالت را بسته به ابزارها، صلاحیت ها و قابلیت ها بر دوش عاملان مختلف می گذارد. بررسی موارد و تجربه های مختلف جهانی نشان از موفقیت نسبی این رویکرد در مواجهه با مسائل سلامت جهانی دارد.

واژه های کلیدی:

عاملان عدالت جهانی، سلامت جهانی، رویکرد دولت محور، رویکرد جهان وطن گرا، رویکرد میانه و ترکیبی

نحوه استناد به مقاله:

برومند، شیرین. عاملان عدالت در سلامت جهانی. مجله ایرانی حقوق و اخلاق زیست پزشکی. ۱۳۹۸؛ (۱): ۴۷-۵۹.

مقدمه

پژوهش پیش رو تلاشی برای برقراری ارتباط میان دو مبحث عدالت جهانی و سلامت جهانی است. عدالت جهانی جستاری هنجاری در باب مسئولیتی است که انسان‌ها در عرصه جهانی در قبال یکدیگر دارند (۱). سلامت جهانی نیز به معنای همکاری فراملی در حوزه پژوهش و عمل برای ارتقای سلامت برای همه است (۲). بنابراین، به نظر می‌رسد ارتباط سلامت جهانی و عدالت جهانی از رهگذر دیدگاه هنجاری‌ای که در عدالت جهانی مطلوب می‌پنداریم و تأثیری که این دیدگاه هنجاری بر الگوی عمل ما برای ارتقای سلامت می‌گذارد، برقرار می‌شود. به این ترتیب با پیوند گفتمان عدالت جهانی و سلامت جهانی، می‌خواهیم بدانیم در حوزه مسائل سلامت جهانی چه وظایفی در قبال یکدیگر داریم. مسائل مربوط به سلامت بخش مهمی از نظریه‌های عدالت جهانی را تشکیل می‌دهند. آب و محیط زیست سالم، گسترش بیماری‌های واگیردار، توزیع دارو و امکانات درمانی، گرسنگی و بسیاری مسائل نظیر آن از مهم‌ترین مواردی هستند که در نظریه‌های عدالت جهانی به آنها توجه شده است و هر یک از زوایای متفاوت، به تحقق عدالت فراتر از مرزهای دولت‌های ملی نگریسته‌اند. به‌طور ویژه، نابرابری در سلامت جهانی بسیار پررنگ است. طرح برخی موارد در این رابطه مفید است؛ برای نمونه، امید به زندگی در سوازیلند و افغانستان نصف میزان امید به زندگی در ژاپن و استرالیا است. احتمال آنکه کودکی پیش از پنج سالگی در اثر ابتلا به بیماری‌های گوناگون بمیرد، در آنگولا ۷۳ برابر بیش از نروژ است. احتمال مرگ مادر هنگام زایمان در یکی کشورهای جنوب صحرائی آفریقا ۱۰۰ برابر بیش از کشورهای توسعه یافته است (۳). در حالی که اثری از مالاریا در کشورهای با درآمد بالا نیست، این بیماری سالانه نزدیک یک میلیون نفر در دیگر نقاط جهان قربانی می‌گیرد (۴). هرچند این نابرابری‌ها تفاوت‌های عمیق میان کشورهای جهان را نشان می‌دهند، اما در عمل نمی‌توان میان منافع کشورهای جهان، به‌ویژه در حوزه سلامت، خطی پررنگ کشید. آسیب‌پذیری کشورهای فقیر به بیماری‌ها،

دغدغه همه ساکنان جهان است، زیرا گسترش آنها در یک کشور، ساکنان دیگر کشورها را نیز متأثر می‌کند. بنابراین حداقل در چنین مواردی، کشورهای ثروتمندتر دلایلی منطقی برای بهبود سلامت و کاهش فقر در دیگر کشورها دارند (۴). با نگاه به نابرابری‌ها باید این پرسش اساسی را مطرح کرد که آیا انسان‌ها به‌مثابه ساکنان جهان (و نه شهروندان دولت‌هایی خاص) مسئولیتی در مقابل این نابرابری‌ها دارند یا خیر؟ در این میان، برخی نظریه‌پردازان ضمن تأیید مسئولیت بسیار حداقلی دولت‌ها خارج از مرزهای خود برای تأمین عدالت، امکان تحقق عدالت را بیرون از مرزهای دولت‌های ملی به‌کلی انکار کرده‌اند. از نظر آنها در مسئولیت‌های ناشی از عدالت، شهروندان یک دولت از هر نظر نسبت به دیگران اولویت دارند. با این حال، ماهیت مسائل مربوط به سلامت و محیط زیست جدی‌ترین مسائلی هستند که تأثیرگذاری تدبیرهای صرفاً ملی را برای تحقق عدالت زیر سؤال برده‌اند. برای نمونه، کافی است به این پرسش بپایندیشیم که چگونه می‌توان عدالت در سلامت را در شرایط گسترش بیماری‌های عفونی تأمین کرد؟ به بیان دیگر، در برخی موارد نمی‌توان عدالت در سطح ملی را منفک از عدالت جهانی دانست. اینجاست که مسئله عدالت جهانی در سلامت پررنگ می‌شود. هرچند بسیاری از محققان که از دریچه عدالت جهانی به مسائل اخلاق زیستی و سلامت می‌نگرند، از اهمیت بحث‌هایی که پیرامون نظرگاه مناسب به عدالت جهانی در گرفته است، غافل‌اند (۵). دیدگاه‌های متفاوتی پیرامون اینکه کدام منظر به عدالت جهانی، نتایج بهتر، منطقی‌تر و عادلانه‌تری را به دنبال دارد، در انداخته شده است که پیامدهای مهمی نیز در حوزه سلامت دارند. در میان این دیدگاه‌ها، پرسش اصلی آن است که کدام چهارچوب بهترین ظرفیت را برای ارتقای عدالت جهانی در حوزه سلامت ایجاد می‌کند؟ توجه به آثار و پیامدهایی که چهارچوب‌های نظری متفاوت دارند، اهمیت توجه به نظرگاه‌های مختلف عدالت جهانی را بیش از پیش پررنگ می‌کند. یکی از مهم‌ترین این پیامدها، تأثیری است که چهارچوب نظری در عدالت جهانی

کسانی برای رفع نابرابری در سلامت جهانی مسئولیت دارند. برای این منظور، ابتدا چهارچوب نظری را مرور خواهیم کرد و در ادامه، به بررسی تجربیات عملی خواهیم پرداخت. در جست‌وجوی بهترین چهارچوب نظری که به ترکیب مطلوب عاملان عدالت جهانی می‌انجامد، دسته‌بندی‌های رایج در این زمینه را از منظر انتقادی بررسی می‌کنیم و در پایان، رویکرد مطلوب را برمی‌گزینیم.

الف) عاملان عدالت جهانی: مروری بر دسته‌بندی‌ها: نخستین پرسش آن است که بی‌عدالتی در سلامت به چه معناست؟ هرچند می‌توان از منظر نظریه‌های مختلف عدالت، پاسخ‌های متفاوتی ارائه داد، اما به نظر می‌رسد با نگاهی حداقلی که جامع نقاط مشترک همه نظریه‌ها باشد، می‌توان گفت «نابرابری در سلامت میان گروه‌های مختلف اجتماعی زمانی ناعادلانه محسوب می‌شود که نتیجه توزیع ناعادلانه عوامل کنترل‌پذیر اجتماعی^۲ باشد که بر سلامت جمعیت و توزیع سلامت میان جمعیت تاثیر می‌گذارند» (۶). با این توضیح، اهمیت پرسش بعدی مشخص می‌شود که اکنون دولت‌ها چه مسئولیتی در قبال تأمین عدالت در سلامت در برابر کسانی دارند که بیرون از سرزمین‌های آنان زندگی می‌کنند؟ آیا می‌توان در این حوزه مسئولیتی را نیز متوجه اشخاص حقیقی، به صرف انسان بودن، دانست؟

در پاسخ باید میان دو دسته از نظریات متفاوت قائل به تفکیک شد (۵). گاه ممکن است بگوییم که اصول عدالت جهانی در سلامت درون مرزهای دولت ملی با بیرون از مرزهای آن تفاوتی ندارد. در این صورت، مرزها در تعیین اصول عدالت جهانی در سلامت اهمیتی تعیین‌کننده ندارند. این گروه که به «جهان‌وطن‌گراها»^۳ شناخته می‌شوند، عاملان یا مجریان اصلی عدالت^۴ را اعم از دولت‌ها می‌دانند. بر این اساس حوزه اصول عدالت، جهانی است و همه انسان‌ها را در

بر عاملان آن می‌گذارد. این نوشتار در پی بررسی بهترین ترکیب از عاملان عدالت جهانی است که در حل مشکلات عملی سلامت جهانی موفقیت‌آمیز بوده است.

به‌طور کلی عدالت جهانی را می‌توان با دو روش مطالعه کرد؛ یک روش آن است که از بررسی دقیق مسائل عدالت جهانی استخراج می‌شود.^۱ دیگری، روش نظری در تبیین اصول و نظریه‌های عدالت جهانی است (۱). بسته به آنکه در چه بستر و فضایی از عدالت جهانی بحث کنیم، می‌توان رویکردی مسئله‌محور یا نظری را پیش گرفت. در مقاله حاضر، تلاش می‌شود که هر دو رویکرد را در هم آمیخته و درکی دقیق‌تر از عدالت جهانی در سلامت ارائه دهیم. بر این اساس، در گام اول با روشی نظری، پس از مروری مختصر بر رویکردهای مختلف عدالت جهانی، تلاش می‌کنیم چهارچوبی را برگزینیم که الگوی موفق‌تری از عاملان عدالت جهانی ارائه می‌کند. در گام دوم، به بررسی نمونه‌هایی از شاخص‌ترین مسائل حوزه سلامت جهانی می‌پردازیم که با ترکیب مطلوب عاملان به نتایج بهتری دست یافته است.

گام نخست: عاملان عدالت جهانی در سلامت؛ چهارچوب نظری
در گام نخست برای یافتن بهترین نظرگاه در عدالت جهانی، ابتدا انواع رویکردها به عدالت جهانی و مسئولیت عاملان عدالت در حوزه جهانی را مرور خواهیم کرد. ناگفته نپایست که بحث در دو سطح مطرح می‌شود. یک سطح رویکردهای مختلف به عدالت جهانی به صورت کلی است. سطح دیگر تأثیری است که این رویکردهای مختلف بر ترکیب عاملان عدالت باقی می‌گذارند. بحث درباره رویکرد مطلوب به عدالت جهانی بسیار مفصل و خارج از حوزه موضوعی مقاله حاضر است. در این نوشتار، در پی نقد و بررسی ترکیبی از عاملان عدالت جهانی هستیم که نه تنها از حیث نظری قابل دفاع به نظر می‌رسند، بلکه در مواجهه عملی با مسائل عدالت در سلامت جهانی موفق‌تر بوده‌اند. بنابراین، منظور از چهارچوب نظری دیدگاه‌های جاری درباره این است که چه

2. Socially controllable factors
3. Cosmopolitans
4. Agents of Justice

1. Problem driven approach

بر می‌گیرد (۷). دلیل این امر آن است که مطالبات عدالت، ریشه در برابری‌خواهی دارند که در چنین امری همه انسان‌ها، فارغ از دولت‌هایی که عضو آنهایند، مشترک هستند و نهادهایی که در زندگی اجتماعی بشر تعریف شده‌اند، صرفاً ابزارهایی برای تحقق عدالت‌اند. بر این اساس هرچند که ممکن است شهروندان متبوع یک دولت خاص، با شرایطی عادلانه زندگی کنند، برابری‌خواهی و انصاف وظیفی را برای تأمین عدالت برای دیگر مردمان جهان نیز بر دوش آنها قرار می‌دهد (۸). جهان‌وطن‌گرایان در تبیین نظر خود به سه گزاره اصلی پایبندند؛ نخست، انسان واحد نهایی ملاحظه اخلاقی است. دوم، در این امر که انسان‌ها واحد نهایی ملاحظه اخلاقی‌اند، همه انسان‌ها با یکدیگر برابرند و سوم، در رفتار با همه انسان‌ها در سراسر جهان، باید برابری اخلاقی در نظر گرفته شود. از این رو است که گفته می‌شود فردگرایی^۱ (در مقابل جامعه‌گرایی)، جهانی‌گرایی^۲ و کل‌گرایی^۳ سه محور عمده دیدگاه‌های جهان‌وطن‌گرایان‌اند (۹). جهان‌وطن‌گراها ضمن تأیید اینکه همه انسان‌ها از نظر اخلاقی با یکدیگر برابرند، تأکید می‌کنند که این برابری اخلاقی باید در برابری سیاسی آنها با یکدیگر نیز نمود پیدا کند و نظریه عدالت جهانی باید بتواند به این برابری سیاسی، فارغ از مرز و شهروندی، جامعه عمل ببوشاند (۱۰).

در مقابل، اگر در پاسخ به این پرسش، گفته شود که هیچ مسئولیت چشمگیری در تأمین عدالت در سلامت برای افرادی که خارج از مرزهای دولت ملی زندگی می‌کنند، متوجه دولت‌ها نیست، از رویکرد دولت‌محور^۴ یا به بیان برخی متفکران، رویکرد سیاسی (۸) در عدالت جهانی سخن گفته‌ایم. بر اساس این دیدگاه، حوزه عدالت، جامعه سیاسی محدود و خودبسنده‌ای است که افراد به‌طور معمول با تولد به آن وارد و با مرگ از آن خارج می‌شوند. به این ترتیب،

1. Individualism
2. Universality
3. Generality
4. Statist perspective

مجریان اصلی و اولیه عدالت در این دیدگاه دولت‌ها هستند (۱۱) زیرا این دولت ملی است که شهروندان را در نوعی خاص از روابط با یکدیگر قرار می‌دهد که آن روابط را با دیگر افراد بشر ندارند. در این چهارچوب است که می‌توان ترتیبات نهادی را به محک ارزیابی اصول عدالت گذاشت. از چنین منظری، عدالت تنها در بستر دولت ملی است که قابلیت اجرا دارد (۸). تأکید بر دولت ملی به دلیل قابلیت‌ها و ویژگی‌های خاصی است که دولت در همه شئون و به شکل فراگیر در اجرای عدالت دارد (۱۰). سرزمین جایی است که دولت می‌تواند قوانین و هنجارهای مورد نظر خود را با موفقیت در آن به اجرا درآورد و دیگر قدرت‌های رقیب را از میدان به در کند. در دوران جدید این دولت است که شکل غالب اقتدار سازمانی سیاسی در دنیا بوده است (۱۲). نظریات عدالت جهانی دولت‌محور بر اساس استدلالی که برای اولویت دادن به دولت به‌مثابه عامل انحصاری عدالت ارائه می‌دهند، به چند دسته تقسیم می‌شوند که در اینجا از بیان مشروح آنان صرف نظر می‌کنیم (۱۳). دولت‌گرایان در نظریه عدالت جهانی اگرچه مانند جهان‌وطن‌گراها، برابری انسان‌ها را از لحاظ اخلاقی می‌پذیرند، اما ارتباط میان برابری اخلاقی و برابری سیاسی را رد می‌کنند و استدلال می‌کنند که برابری سیاسی تنها در بسترهای خاص مانند شهروندی قابلیت اعمال دارد (۱۰). بر اساس این دیدگاه، عدالت جهانی برآیند اعمال عدالت در حوزه‌های ملی به‌صورت مجزاست و در بهترین حالت، عدالت بین‌الملل (به معنای بین‌الدولی) می‌تواند حاصل تشریک مساعی دولت‌ها در اعمال وظایف خود در جامعه عمل پوشاندن به عدالت باشد (۱۴). برخی نظریه‌پردازان که رویکرد دولت‌محور در عدالت جهانی را دنبال می‌کنند، ضمن پذیرش آنکه بسیاری از شئون روابط انسانی صرفاً جنبه ملی ندارند، استدلال می‌کنند که اصول عدالت در روابط میان دولت‌ها نیز اعمال می‌شود، اما این اصول از نظر شکل و محتوا متفاوت با اصولی هستند که بر اعمال عدالت در عرصه ملی حاکم است (۱۳). نظریه‌پردازان در این رویکرد می‌پذیرند که افراد ممکن است در جایگاه انسانی خود، وظایفی اخلاقی

فراتر از مرزهای دولت‌های متبوعشان در راستای عدالت‌خواهی داشته باشند، اما اصول عدالت که با اعمال قوه سیاسی و زور حقوقی اجرا می‌شود، در حوزه صلاحیت دولت‌ها باقی می‌ماند (۱۵). به بیان دیگر، در حوزه عدالت آنچه منشأ تکالیف یک فرد نسبت به دیگری است، در بستر محدود دولت ملی امکان ظهور دارد و حداقل همه این تکالیف در گستره جهانی قابل مشاهده نیستند (۱۳). بر این مبنا در حالی که رویکردهای جهان‌وطن‌گرا به ترکیبی از عوامل جهانی در اجرای عدالت قائل‌اند که اعم از دولت‌ها است، رویکردهای دولت‌محور، عوامل اصلی را دولت‌ها معرفی می‌کنند. چنین دیدگاهی به‌یقین برگرفته از موضعی نظری است که هر یک از رویکردهای کلان در سطح اصول عدالت جهانی برگزیده‌اند که این مواضع هم‌اکنون موضوع این مقاله نیست. آنچه مسلم است تفاوت دیدگاه‌هایی است که می‌توان به ترکیب عوامل عدالت جهانی در اجرای سلامت جهانی و حل مشکلات آن داشت.

ب) *عوامل عدالت جهانی: نقد و بررسی رویکردها: واقعیت* آن است که نمی‌توان از مطلوب بودن ابتدایی تصاویر ترسیم‌شده در رویکردهای جهان‌وطن‌گرا به عدالت جهانی به‌راحتی گذر کرد. باید به این نکته توجه کرد که در دنیای کنونی که بخش اعظمی از نابرابری‌ها نه صرفاً درون سرزمین زیر سیطره دولت‌ها، بلکه در روابط میان آنها نیز اتفاق می‌افتد، نظریه‌پردازان عدالت باید به آنچه با نگاهی جهانی عادلانه محسوب می‌شود، نیز توجه کنند (۱۲). جهان‌وطن‌گراها به‌درستی این نقد را بر رویکرد دولت‌محور به عدالت وارد می‌کنند که تمرکز بر دولت‌های ملی به‌مثابه واحدهای عدالت بخشی از مسائل با ماهیت جهانی را که به حوزه صلاحیتی همه دولت‌ها و روابط میان آنها مربوط هستند، نادیده می‌گیرد. مسائلی مانند شیوع بیماری‌هایی که بدون توجه به مرزها گسترش می‌یابند و سلامت جهانی را تهدید می‌کنند، مخاطرات زیست‌محیطی، بحران پناهندگان و مانند آن. همچنین با تمرکز بر رویکردهایی صرفاً دولت‌محور دولت‌های ناتوان، فقیر یا دولت‌هایی که قدرت کامل

نظریات عدالت جهانی دولت‌محور وارد کرده‌اند. رویکردهای جهان‌وطن‌گرا به عدالت جهانی، استدلال خود را از برابری اخلاقی انسان‌ها با یکدیگر آغاز می‌کنند. هرچند به‌سختی می‌توان در قابل دفاع بودن برابری اخلاقی انسان‌ها تردید کرد، بخشی مهم از نقدی که بر رویکردهای جهان‌وطن‌گرا به عدالت جهانی وارد می‌شود، فاصله میان آرمان‌های اخلاقی با واقعیات سیاسی است. آنچه جهان‌وطن‌گراها در استدلال‌های خود در نظر نمی‌گیرند، آن است که گستره حوزه‌هایی که نهادهای جهانی در آنها دارای صلاحیت هستند، به میزان زیادی محدود است و نمی‌توان ادعا کرد که نهادهای جهانی در اجرای عدالت، دارای صلاحیت‌های مشابه دولت ملی هستند (۱۵). همچنین آن‌گاه که از نظم جهانی صحبت می‌کنیم، نمی‌توانیم وجود دولت‌ها را که پیش‌فرض‌های اساسی نظم جهانی هستند، نادیده بگیریم (۱۳). یکی از ایرادات رویکردهای جهان‌وطن‌گرا آن است که در نظریه‌های عدالت‌شان مشخص نمی‌شود که انجام آن دسته تکالیفی که تحقق عدالت در گرو انجام آنها است، در نهایت بر عهده چه اشخاصی است. تضمین حق‌ها مستلزم وجود حدی از قدرت سیاسی برای تخصیص تکالیف متناظر با حق‌ها و وضع ضمانت اجراست (۷). حق بر سلامت برای نمونه یکی از انواع این حق‌ها است. انسان‌ها برای تحقق حق بر سلامت خود نیاز دارند بدانند که تکلیف فراهم آوردن خدمات درمانی، واکسیناسیون عمومی، دارو و نظیر آنها بر عهده چه اشخاصی است. حق بر سلامت، بدون مشخص

ملیت تنها یکی از آنها است (۱۴). به این ترتیب، اگرچه مهم‌ترین بخش از روابط انسانی در حوزه ملی متمرکز است، اما این بدان معنا نیست که خارج از مرزهای دولت، شئونی از روابط انسانی که اصول عدالت بر آنها حاکم می‌شوند، وجود نداشته باشند. از سوی دیگر روابط بین انسانی، هرچند بر نحوه اجرای اصول عدالت تأثیرگذارند، تأثیر آنها بر گستره و محتوای اصول عدالت امری اختلافی است (۱۶).

باید پذیرفت که دولت‌ها به‌مثابه نهادهایی که همچنان بیشترین قدرت سیاسی برای اعمال اصول عدالت و انجام تکالیف متناظر با آن را بر عهده دارند، مهم‌ترین عاملان عدالت در جهان هستند. اما دولت‌ها عاملان انحصاری عدالت نیستند. دولت‌ها نیز گاه از قدرت خود برای نقض عدالت بهره می‌برند یا گاه آنقدر ضعیف‌اند که به هیچ وجه قدرت کافی را برای اجرای عدالت در اختیار ندارند (۷). عاملان عدالت جهانی به‌ناچار باید ترکیبی از دولت‌ها، بازیگران غیردولتی و افراد باشند. منظور از بازیگران غیردولتی آن دسته از عاملان عدالت است که دولت نیستند و از سوی دولت‌ها نیز ایجاد نشده‌اند (۱۷). قدرت عاملان مختلف عدالت (اعم از دولت‌ها) تا حد زیادی چندگانه، متنوع و خاص است. ظرفیت‌های خاص هر یک از عاملان عدالت نکته‌ای بسیار مهم است که باید در نظریه‌پردازی به آن توجه کرد. همین ظرفیت‌های خاص است که مشخص می‌کند هر یک از عاملان عدالت چه وظایفی را باید بر عهده گیرند (۷). باید توجه داشت که آنچه ما در جایگاه شهروندان دولت بر عهده داریم، ممکن است متفاوت از آن چیزی باشد که در جایگاه افراد خصوصی در قبال دیگر انسان‌هایی بر عهده داریم که با ما در یک جهان زندگی می‌کنند (۸). ماهیت حق‌های بشری می‌تواند تا حدی مشخص‌کننده این موضوع باشد که آیا می‌توان از تکالیف اشخاص حقیقی انسانی نیز سخن به میان آورد یا خیر. برای نمونه، اونیل به‌درستی اشاره می‌کند که اگرچه حق-آزادی‌ها می‌توانند متناظر با تکالیفی جهانی بر دوش همگان باشند، تکالیف متناظر با دیگر حق‌های بشری

بودن فرآیند اجرا و تضمین آن، مصداق دقیق «حق‌های ناقص»^۱ است (۱). از این رو، باید پذیرفت که در اجرای عدالت جهانی به نهادهایی با حدی از قدرت سیاسی نیازمندیم (۸).

(ج) عاملان عدالت جهانی: رویکرد مطلوب: با توجه به نقاط ضعف و قوت هر دو دیدگاه، به نظر می‌رسد یافتن منظر مناسب به عاملان عدالت جهانی و ارائه دیدگاه قابل دفاع، در گرو برون رفتن از دوگانه دولت‌محوری و جهان‌وطن‌گرایی است (۴). باید پذیرفت که نیازمند نظریه‌ای در عدالت جهانی هستیم که نه آن‌طور که جهان‌وطن‌گراها بیان می‌کنند، ایده‌آل‌نگر و غیرنهادمند باشد و نه آن‌طور که رویکردهای دولت‌محور استدلال می‌کنند، منفک و محدودکننده و بی‌اعتنا به بخش وسیعی از انسان‌ها باشد (۱۴). واقعیت آن است که در پی فرآیندهایی که با عنوان جهانی شدن می‌شناسیم، انسان‌ها از تصمیمات نهادهایی خارج از دولت‌های خود نیز متأثر می‌شوند (۱) و این امر ضرورت داشتن نگاهی فرادولتی را روشن‌تر می‌کند. نظریه‌های عدالت جهانی، به‌ویژه طیف‌های جهان‌وطن‌گرا، معمولاً گفتمانی حق‌محور دارند. آنچه اهمیت دارد توجه به این نکته است که نظریه مطلوب باید بتواند عاملانی را برای انجام تکالیف متناظر با حق‌ها مشخص کند (۱). هرچند در به رسمیت شناختن حق‌ها نگاهی جهان‌وطن‌گرا داشته باشیم، در تخصیص وظایف متناظر با حق‌ها ناچار از به رسمیت شناختن اهمیت دولت‌ها در تحقق عدالت جهانی هستیم.

گاه ادعا می‌شود همه روابطی که از لحاظ منطقی امکان اعمال اصول عدالت بر آنها وجود دارند، در بستر روابط درون مرزهای دولت ملی و میان شهروندان شکل می‌گیرند و در نتیجه، عاملان عدالت نیز باید بر محوریت دولت‌های ملی تعریف شوند. این ادعا به نظر دقیق نمی‌رسد چراکه روابط انسان‌ها با یکدیگر تنها بر اساس ملیت آنها تعریف نمی‌شود و هویت هر انسان را مجموعه‌ای از عوامل تشکیل می‌دهند که

1. Imperfect Rights

(۱۹). در حوزه عدالت جهانی در سلامت نیز دوگانه عدالت جهانی با رویکرد دولت محور و جهان وطن گرا بازتابانده شده است (۲۰). پس از ارائه چهارچوبی نظری که در موضوع اعمال عدالت جهانی مطلوب به نظر می رسد، با میان آوردن برخی از مسائل و چالش های مربوط به سلامت، برای تقویت منظر پیشنهادی استدلال خواهیم کرد.

مطالعه مثال های عملی در حوزه سلامت در دنیا نشان از آن دارد که توزیع مناسب منابع و حل مطلوب بحران های جهانی در سلامت، حاصل پیش گرفتن رویکردی ترکیبی و میانه به اعمال عدالت جهانی است. رویکردهای دولت محور اگرچه با مبنا قرار دادن واقعیت ها شکل گرفته اند، در مواجهه با مسائل پیچیده و توزیع نابرابر منابع در سلامت دنیا تأثیری فراتر از حدود محلی نداشته اند. برای نمونه، مطابق اعلام سازمان بهداشت جهانی، سرایت بیماری های عفونی، بحرانی فراگیر است که نیازمند پاسخی جهانی است، زیرا این بیماری ها از راه تجارت یا سفر، در هر منطقه ای از کره زمین منتشر می شوند. توانایی دولت ها برای مقابله نیز محدود است، چراکه ویروس ها بر مبنای مرزهای بین المللی حرکت نمی کنند. از این رو، متخصصان این حوزه بسنده کردن به اقدامات صرفاً دولتی را کافی نمی دانند (۱۹).

از سوی دیگر، نمی توان به مواردی اشاره کرد که صرفاً نتیجه یک رویکرد جهان وطن گرا به عدالت در سلامت جهانی باشد. این امر تا حد زیادی به دلیل نبود ساختارهای مورد نیاز و نادیده گرفتن نقش پررنگ دولت ها در دستیابی به اهداف عدالت است. برای نمونه، در تجربه های اجرایی برای کاهش ابتلا به بیماری هایی که ناشی از فقر شدید هستند، نقش فرآیندهای بومی که نابرابری های ثروت و قدرت، آسیب پذیری و در حاشیه ماندن قشرهای خاص درون جوامع را کاهش می دهند، پررنگ تر می شود. به بیانی دیگر، کاهش فقر و بهبود توزیع منابع، صرفاً با تدابیری خارج از دولت ها امکان پذیر نیست (۴). این موضوع ناکارآمدی رویکردهای آرمان گرایی را نشان می دهد که نقش دولت ها را در حل این بحران ها دست کم می گیرند. از این رو، موفق ترین برنامه های

مانند حق بر کالاها و خدمات، نمی توانند به افراد حقیقی بدون قدرت سیاسی محول شوند (۱۸).

نمی توان از نظر دور داشت که زمینه های عدالت بسیار متعدد و متکثرند (۱۲). سازمان ها و نهادهای غیردولتی در سطح جهان نیز صورت های دیگری از زمینه های عدالت را شکل می دهند. برخی زمینه های عدالت به گونه ای هستند که تنها درون چهارچوب دولت ملی ظهور می یابند، اما برخی دیگر لزوماً منطبق بر حوزه صلاحیتی دولت نیستند (۱۰). به این ترتیب، چهارچوب نظری مناسب عدالت جهانی در سلامت را می توان این گونه ترسیم کرد:

نخست، دولت ها خصوصیت هنجاری^۱ ویژه ای در برقراری عدالت دارند (۱۲).

دوم، این خصوصیت هنجاری ویژه بدان معنا نیست که دیگر زمینه های عدالت خارج از مرزهای دولت وجود ندارند. زمینه های عدالت به اشکال متفاوت خارج از مرزهای دولت های ملی نیز وجود دارند و بر این اساس، حوزه عدالت را نمی توان به قلمروی دولت ملی محدود دانست. مسائل و زمینه های متکثر عدالت، عوامل متفاوت عدالت را طلب می کنند.

سوم، به نظر می رسد شبکه ای از دولت های ملی، نهادهای بین المللی دولت محور، بازیگران غیردولتی و افراد بشر همگی با درجاتی متفاوت از مسئولیت ها در زمره عوامل عدالت قرار می گیرند. اینکه هر کدام از این عوامل چه وظایفی را بر عهده می گیرند، تابعی از ماهیت مسائل مطرح در عدالت جهانی، نیازسنجی، نوع کارکرد عوامل عدالت و اصول هنجاری عدالت است.

گام دوم: عوامل عدالت جهانی در سلامت؛ نمونه های عملی

مباحث مربوط به سلامت جایگاهی ویژه در گفتمان عدالت جهانی دارند، چراکه بسیاری از این مسائل، برای نمونه گسترش بیماری های عفونی، به هیچ وجه از محدودیت های مرزهای ملی تبعیت نمی کنند و ماهیتی کاملاً جهانی دارند

1. Normative peculiarity of the state

عامل انحصاری عدالت در سلامت جهانی است. بلکه میزان مسئولیت هر یک از عواملان عدالت متناسب با ظرفیت‌ها و قدرت آنها در انجام این مسئولیت‌ها است. در این رویکرد، تکالیف افراد خصوصی نیز درجات گوناگونی در سطوح مختلف دارند و میزان تکالیف آنها تابعی از عملکرد، نیازها و تعهدات داوطلبانه است (۲۰). برخی نابرابری‌ها در حوزه سلامت جهانی را نمی‌توان به عملکرد و رویه یک یا چند دولت نسبت داد. چنین مواردی نقش رویکرد میانه یا ترکیبی به عدالت جهانی در سلامت را پررنگ می‌کند (۳). اهمیت رویکردهای ترکیبی عدالت جهانی از آن رو است که پیش گرفتن روش‌هایی صرفاً دولت‌محور یا روش‌های بدون اعتنا به دولت‌ها، هر یک اثراتی منفی در حل بحران‌های سلامت عمومی در سطح جهانی دارد. برای نمونه، گند بودن فرآیند تصمیم‌گیری دولت‌ها در مقابله با بیماری‌های عفونی که با سرعتی بالا گسترش می‌یابند و اهمیت توجه به ماهیت جهانی این بیماری‌ها، نقش سازمان‌های مردم‌نهاد جهانی، سازوکارهای بین‌المللی و افراد را پررنگ می‌کند (۱۹). فرآیند تصمیم‌گیری بین‌الدولی همواره نیازمند رضایت همه دولت‌ها است و زمان‌بر بودن این فرآیند با ویژگی‌های بیماری‌های عفونی مَسری همخوان نیست.

یک نمونه مناسب از اجرای عدالت بر مبنای رویکرد میانه به عواملان، تلاش در مناطق آمریکای لاتین و کارائیب برای ریشه‌کن کردن فلج اطفال است. ابتکار تأمین و توزیع منابع لازم برای ریشه‌کن کردن این بیماری در دست طیفی از نهادهای بین‌المللی، مانند سازمان بهداشت جهانی، یونیسف و نهادهای غیرانتفاعی جهانی، مانند روتری بین‌الملل^۱ تا نهادهای منطقه‌ای، مانند بانک توسعه آمریکایی^۲، سازمان

عدالت توزیعی در سلامت جهانی، با رویکردی ترکیبی عمل کرده‌اند که در ادامه به برخی از آنها اشاره می‌کنیم. توفیق یا ناکامی منظرهای مختلف عدالت جهانی در حل مسائل بهداشت جهانی را، می‌توان به‌مثابه شاخصی در قابل دفاع بودن منظر پیشنهادی مورد توجه قرار داد.

محور اصلی در رویکرد میانه توجه به این نکته است که نابرابری در سلامت جهانی مبادی و منشأهای مختلفی اعم از عوامل ملی، منطقه‌ای و جهانی دارد (۳)؛ بر همین اساس، نظریه‌ای که درباره عواملان عدالت جهانی ارائه می‌دهیم، باید با در نظر داشتن این مبادی متکثر باشد. در رویکرد میانه نیز این دولت‌ها هستند که همچنان مسئولیت اصلی و اولیه را در حفاظت، پیشگیری و ارتقای سلامت بر عهده دارند. دولت‌ها تنها واحدهای سیاسی‌ای هستند که تمام امکانات لازم برای اقدام در راستای عدالت در سلامت را در اختیار دارند. افزون بر این، دولت‌ها می‌توانند فضای مناسب برای رشد نهادهای مردمی و غیردولتی را نیز فراهم کنند (۲۰). مسئولیت دولت‌ها نه به دلیل ویژگی خاص آنها بلکه به این دلیل است که بیشترین قدرت مورد نیاز برای اعمال و اجرای عدالت را دارند؛ قدرتی که ناشی از حاکمیت دولت‌های ملی است که با وجود ادعاهایی مبنی بر عبور از حاکمیت در عصر جهانی شدن (۲۱) همچنان پابرجا و البته محدودتر از گذشته بر ساختار قدرت در جهان اثرگذارند. موارد عملی بسیاری بر نقش اصلی دولت‌ها در تأمین حق بر سلامت صحنه می‌گذارند. شاهد این مدعا نیز دولت‌های فقیری هستند که با سیاست‌گذاری‌های مطلوب به نتایج مثبتی در حوزه سلامت جمعیت دست یافته‌اند و چه بسا دولت‌های ثروتمندی مانند آمریکا که با سیاست‌های ضعیف، وضعیت نه چندان مطلوبی را ایجاد کرده‌اند (۳). برنامه‌های دولت تایلند در توزیع منابع برای مبارزه با ایدز و دولت سریلانکا در کاهش مرگ‌ومیر نوزادان نمونه‌هایی از اقدامات دولت‌محور در افزایش سلامت عمومی و ارتقای عدالت‌اند (۲۰).

نقش کلیدی دولت در عدالت جهانی به این معنا نیست که بازیگران منطقه‌ای و جهانی هیچ مسئولیتی ندارند و دولت

1. Rotary International is a global network of 1.2 million neighbors, friends, leaders, and problem-solvers who see a world where people unite and take action to create lasting change – across the globe, in our communities, and in ourselves. (accessed on <https://rotary.org/>)

2. Inter-American Development Bank

نمونه‌ای دیگر همکاری دولت‌ها، دانشگاه‌ها و نهادهای آموزشی حوزه سلامت در مواجهه با مسئله مهاجرت پزشکان و پرستاران از برخی کشورهای در حال توسعه به کشورهای توسعه یافته است. این مسئله که یکی از اصلی‌ترین مسائلی است که عدالت جهانی در سلامت با آن مواجه است، نتیجه عرضه زیاد نیروهای درمانی از کشورهایی با شرایط کاری نامطلوب از یک سو، و تقاضای کشورهای پردرآمد برای پذیرش این نیروهای متخصص است. عرضه و تقاضایی که در نهایت کشور مبدأ را به فرستنده نیروهای متخصص تبدیل می‌کند که خود نیازمند تخصص و دانش آنها است و در عین حال، توان فراهم ساختن شرایط بهتر کاری را برای آنها ندارد؛ نبود توازنی که به پشتوانه حق بر مهاجرت به مشکلی پیچیده تبدیل شده است (۳). آنچه این مسئله را به‌طور خاص به یکی از چالش‌های عدالت جهانی تبدیل کرده، تمایل کشورهای پردرآمد نه فقط به پذیرش مهاجر، بلکه تمایل به پذیرش نیروهای درمانی با کیفیت بالا است و در نتیجه آنچه برای کشور فرستنده باقی می‌ماند، نیروهای درمانی با کیفیت پایین‌تر است (۲۴).

به‌تازگی بریتانیا در اقدامی هماهنگ، ضمن اختصاص بودجه برای کمک به مالوای برای بهبود شرایط کار و حفظ نیروهای درمانی‌اش، شرایطی سخت‌گیرانه‌تر را نیز برای پذیرش پرستاران و پزشکان از حدود ۱۵۰ کشور در حال توسعه وضع کرده است. همچنین، برخی نهادها و سازمان‌های مردم‌نهاد نیز اقدام به اعطای امتیازات مالی به پزشکان و پرستاران برای کار در کشورهای خود کرده‌اند. منابع مالی مورد نیاز نیز به‌طور عمده از سوی نهادهای جهانی، مانند سازمان بهداشت جهانی و صندوق‌های مالی منطقه‌ای، تأمین شده است (۳). در همین راستا می‌توان به دستورالعمل‌ها و مقرراتی در بریتانیا اشاره کرد که بر در نظر گرفتن نیازهای محلی در استخدام نیروی درمانی تأکید می‌کند. مطابق این دستورالعمل‌ها استخدام این نیروها از دیگر کشورها نباید به گونه‌ای باشد که شرایط داخلی آنها در مراقبت‌های پزشکی را دچار بحران کند (۴). در همین زمینه باید به دستورالعمل‌های فدراسیون جهانی

بهداشت آمریکایی^۱ و همین‌طور نهادهای دولتی مانند وزارتخانه‌های بهداشت و نهادهای ملی غیردولتی مانند جمعیت کانادایی سلامت عمومی^۲ قرار گرفت (۲۰).

نمونه موفق دیگر مواجهه سازمان بهداشت جهانی با بیماری سارس^۳ در سال ۲۰۰۳ است. کشورهای بسیاری در جهان منابع مالی زیادی را به مقابله با این بیماری اختصاص دادند. در ابتدای شیوع گسترده بیماری، دولت‌ها منابع مالی را به سیاقی ملی مدیریت کردند و اصول توزیع منابع را بر مبنای مقابله با بیماری در حوزه سرزمینی خود طراحی کردند. با سرعت بالا و فراگیر بیماری و ناتوانی در جلوگیری از سرایت بیماری به افراد در کشورهای مختلف، سازمان بهداشت جهانی برنامه توزیع منابع مالی را در دست گرفت و طی آن نهادهای علمی و پزشکی مختلف در کشورهای جهان را مأمور مدیریت ابعاد متفاوتی از این بحران کرد. بررسی‌های علمی و آسیب‌شناختی از سوی مراکز پژوهشی، سازمان‌های مردم‌نهاد و برنامه‌های اپیدمیولوژیک در استرالیا، تایلند و فرانسه انجام شد. منابع لازم برای مراقبت‌های بالینی در بیمارستان‌هایی در چین، کانادا، سنگاپور، اسلوانی و ایرلند متمرکز شد و نهادهای پژوهشی در کشورهایی با ظرفیت‌های علمی و فناوری بالا، از جمله کانادا، چین، فرانسه، آلمان، هنگ‌کنگ، ژاپن، هلند، سنگاپور، بریتانیا و ایالات متحده آمریکا به‌صورت شبکه‌ای مأمور بخش آزمایشگاهی و تشخیصی ویروس سارس شدند (۲۲، ۲۳). این پروژه نمونه شاخصی از ناکامی رویکرد دولت‌محور در توزیع کارآمد و عادلانه منابع در مقابله با بحران در سلامت دنیا و توفیق رویکرد ترکیبی و میانه در این مأموریت است. توزیع منابع، مسئولیت‌ها و وظایف در این پروژه در سطوح جهانی، ملی، منطقه‌ای و حتی فردی بر مبنای توانایی در انجام مسئولیت‌ها و فهم نیازهای پیچیده در حل بحران‌ها در سلامت جهانی صورت گرفت.

1. Pan American Health Organization (PAHO)
2. Canadian Public Health Association
3. SARS (Sever Acute Respiratory Syndrome)

نسبت به همهٔ بیماران، حتی اگر از هم‌وطنان او نباشند، متعهد است. اگر تعهداتی را که هر یک از روابط متکثر ما ایجاد می‌کنند، به نفع دیگری (برای نمونه به نفع هویت ملی خود) حذف کنیم، اقتضائات عدالت را در دیگر روابطی که در آن قرار داریم، از یاد برده‌ایم (۱۴).

در اجرای عدالت در سلامت جهانی نیز، نیازمند جمعی از عواملان متکثر، اعم از دولت‌های ملی، سازمان‌های بین‌المللی نظیر سازمان بهداشت جهانی، بازیگران غیردولتی، اعم از سازمان‌های مردم‌نهاد و شرکت‌های چندملیتی، و افراد هستیم (۱۴). با چنین رویکردی به عدالت، وظایف و مسئولیت‌های هر یک از عواملان عدالت تابعی از عملکرد آن عواملان، نیازهای فنی و بستر سیاسی است. صلاحیت لازم برای اجرای وظایف مربوط به عدالت نیز بیش از آنکه بر مبنای سرزمین تعیین شود، بر مبنای عملکردها در حوزه‌ای خاص مشخص می‌شود. بر همین مبنا است که دولت همچنان کلیدی‌ترین عملکرد را در جامعهٔ عملی پوشاندن به اهداف عدالت جهانی در سلامت و حکمرانی در سلامت جهانی دارد (۲۵). در کنار آن، نهادهای فرادولتی و نهادهای زیرمجموعهٔ دولت با عملکردهای خاص در حوزه‌هایی مشخص حضور دارند (۲۰). دیدگاه‌های گوناگونی در باب چگونگی توزیع مسئولیت‌های عدالت در سطح جهانی وجود دارند. مسئولیت بر مبنای سهمی که هر یک از عواملان در ایجاد یک مشکل در سطح جهانی داشته‌اند، بر مبنای نفعی که از ایجاد یک مسئلهٔ جهانی عاید آنها می‌شود و ظرفیت عواملان برای انجام اقدامات سازنده برای حل مشکل از جملهٔ این دیدگاه‌ها هستند. برخی از نظریه‌پردازان نیز وجود هر یک از عوامل بالا را برای ایجاد مسئولیت کافی دانسته‌اند (۲۶). ایراد وارد بر رویکردهای پیش‌گفته این است که میزان مسئولیتی را که هر یک از این عواملان و نهادها بر عهده دارند، مشخص نمی‌کنند. یکی از بهترین الگوها برای توزیع مسئولیت عدالت و کاهش نابرابری میان عواملان عدالت، نگاهی به چهار عامل قدرت، امتیاز، منافع و توانایی جمعی برای از میان بردن نابرابری‌های ساختاری و حل مشکلات توزیع نابرابر امکانات است (۲۶). از مجموع

سلامت عمومی^۱ نیز اشاره کرد. این فدراسیون که ساختاری متشکل از نهادهای غیردولتی، سازمان‌ها یا گروه‌های سازمان‌یافتهٔ دولتی و حتی افراد خصوصی علاقه‌مند به حوزهٔ درمان دارد، طی دستورالعمل‌هایی مقرر کرده است که استخدام نیروی درمانی از دیگر کشورها باید به گونه‌ای باشد که در مقابل، کشور فرستنده نیز منتفع شود. سیاست‌های عمل متقابل از این دست ممکن است شامل برنامه‌های ارسال نیروهای درمانی برای آموزش، پرداخت مبالغی برای تشویق کشورهای فرستنده به خاطر آموزش نیروهای درمانی یا فراهم ساختن شرایط ادامهٔ تحصیل نیروهای درمانی کشور فرستنده در کشورهای خارجی با تعهد به بازگشت به کشور فرستنده باشد. همچنین، کمک‌های دیگر در حوزه‌های فنی، فناوری، کمک‌های مالی یا برنامه‌های آموزشی نیز از این جمله‌اند. آنچه میان همهٔ این سیاست‌ها مشترک است، تلاش برای توزیع منصفانه‌تر مزایا و مسئولیت‌های ناشی از مهاجرت است که از طریق همکاری جهانی حاصل می‌شود (۴).

بحث

از منظر سلامت، همهٔ انسان‌ها اشخاص خصوصی‌اند که در عین حال، اعضای جوامع گوناگون ملی و جهانی نیز تلقی می‌شوند. هر فرد انسانی در حوزهٔ سلامت موضوع تکالیفی در قبال شخص خود، دولت و ملت خود و دیگر انسان‌ها در حوزهٔ جهانی واقع می‌شود. به این ترتیب، بالا بردن عدالت جهانی در سلامت نیازمند فهم متقابل از مشکلات و تعهدات مشترک است (۲۰). شئون هویت ما متنوع است و این تنوع ما را در معرض روابط متفاوتی قرار می‌دهد که ممکن است صرفاً در گسترهٔ صلاحیت یک دولت واحد نباشند. بنابراین، تکالیفی که ما به‌مثابه بخشی از عواملان عدالت برعهده می‌گیریم، بنا به روابطی که ممکن است داشته باشیم، متفاوت هستند. برای نمونه، یک پزشک تعهدات متفاوتی در جامعهٔ پزشکان و بیماران بر عهده دارد. او بر اساس قسم بقراط

1. World Federation of Public Health Associations

مواردی از این دست به‌خوبی ضرورت تلاش نظری برای ارائه راهکارهایی هماهنگ با ماهیت بحران‌های جهانی و ابزارهای نوین در اختیار بشر را آشکار می‌کنند. تکاپو برای یافتن موضعی مناسب برای توزیع منابع محدود در سلامت جهانی نمونه‌ای از این تلاش‌های نظری است. در نهایت، باید گفت توفیق یا شکست پارادایم پیشنهادی عدالت جهانی در سلامت به عوامل زیادی وابسته است و در گرو تجربه عملی آن در طول زمان است.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی در خصوص این پژوهش ندارند.

References

1. Tan, Kok-Chor. What is the Thing Called Global Justice. 1st ed. New York: Rutledge; 2017. 154 p.
2. Beaglehole R, Bonita R. What is global health? Glob Health Action. 2010;3.
3. Daniels N. International health inequalities and global justice. In: Boylan M, editor. International public health policy and ethics. USA: Springer; 2008. p. 109-29.
4. Gillian B. Global Justice, cosmopolitan duties and duties to compatriots: the case of health-care. Public Health Ethics. 2015;8(2):110-20.
5. Millum J, Emanuel EJ. Global justice and bioethics. Oxford: OUP; 2012. 28 p.
6. Daniels N. Just health: meeting health needs fairly. 1st ed. New York: Cambridge University Press; 2008. 346 p.
7. O'Neill O. Agents of justice. Metaphilosophy. 2001;32(1-2):180-95.
8. Nagel T. The problem of global justice. Philos Public Aff. 2005;33(2):113-47.
9. Pogge TW. An egalitarian law of peoples. Philos Public Aff. 1994;23(3):195-224.
10. Risse M. Global justice. Harvard kennedy school working paper No. RWP11-001;2010: 1-30.
11. Rawls J. Law of peoples: with the idea of public reason revisited. Massachusetts: Harvard University Press; 2001. 175 p.

این چهار عامل برآیندی از میزان مسئولیت هر یک از عاملان در حل مسائل سلامت جهانی و نابرابری‌های جهانی به دست خواهد آمد. این الگویی است که تا حد زیادی در همکاری جهانی در بحران بیماری سارس که پیشتر به آن اشاره شد، به کار رفت.

جهانی شدن آثار زیادی بر سلامت عمومی گذاشته است. نخستین تأثیر این است که کوچک شدن جهان در اثر رشد فناوری و وابستگی متقابل اقتصادی، گسترش بیماری‌ها را در حوزه‌های وسیع‌تر و با سرعت کمتر ممکن کرده است. همچنین افزایش و سهولت سفر، رشد روزافزون تجارت و جابه‌جایی مواد خوراکی و غذایی، مهار بیماری‌ها و جلوگیری از شیوع آنها را بسیار دشوارتر از پیش کرده است. گسترش روزافزون بیماری‌هایی چون ایدز، مالاریا و وبا، برای نمونه، در اثر سفر و رفت‌وآمدهای بین‌المللی، بسیار چشمگیر بوده است (۱۹). در کنار این تأثیرات منفی، نظریه‌های عدالت جهانی که در بستر جهانی شدن و در پی تغییرات آن متولد شده‌اند، ابزارهای جدیدی را برای تغییر مسیر تأثیرات منفی جهانی شدن به سمت اهداف مطلوب‌تر به دست می‌دهند. برنامه‌های سلامت عمومی که از رهگذر فعالیت‌های سازمان بهداشت جهانی و دیگر سازمان‌های مردم‌نهاد مربوط به حوزه بهداشت، ابعادی جهانی یافته‌اند، تلاش‌هایی در این مسیرند. بازیگران در سلامت جهانی امروز تا حد زیادی متکثرند. می‌توان از این تکرر در راستای توزیع مسئولیت‌های متناسب با ظرفیت‌های آنان بهره برد. در حالی که پیش از گسترش طیف بازیگران جهانی، تنها نهادهای وابسته به سازمان ملل در کنار دولت‌ها در جایگاه محوری قرار می‌گرفتند، اکنون افزون بر نهادی چون سازمان بهداشت جهانی، بانک‌های توسعه، سازمان‌های مردم‌نهاد بین‌المللی، نهادهای آموزشی-پژوهشی و شرکت‌های خصوصی فراملی نیز بازیگران مهمی در عرصه سلامت جهانی‌اند (۲۷). پیشرفت‌های پزشکی اکنون راحت‌تر به کشورهای مختلف منتقل می‌شوند و سلامت عمومی را در سطح جهانی بالاتر می‌برند. ریشه‌کن کردن جهانی بیماری آبله در سال ۱۹۷۷ نمونه‌ای موفق از این تلاش‌ها است (۱۹).

12. Risse M. Responsibility and global justice. *Int J Jurisprudence Philos Law*. 2017;30(1):41-58.
13. Sangiovanni A. Global justice, reciprocity and the state. *Philos Public Aff*. 2007;35(1):3-39.
14. Sen A. Justice across borders. In: De Greiff P, Cronin C, editors. *Global justice and transnational politics: essays on moral and political challenges of globalization*. Cambridge: MIT Press; 2002. p. 37-51.
15. Bernstein AR. Human rights, global justice and disaggregated states: John Rawls, Onora O'Neill and Anne-Marie Slaughter. *Am J Econ Sociol*. 2007;66(1):87-111.
16. Temkin L. *Inequality*. 1st ed. New York: Oxford University Press; 1993. 352 p.
17. Risse-Kappen T. Bringing transnational relations back. In: *Non-state actors, domestic structures and international institutions*. Cambridge: Cambridge University Press; 1995. 325 p.
18. O'Neill O. *Bounds of justice*. Cambridge: Cambridge University Press; 2004. 232 p.
19. Fidler DP. Globalization, international law and emerging infectious disease. *Emerg Infect Dis*. 1996;2(2):77-84.
20. Ruger JP. Global health justice and governance. *Am J Bioeth*. 2012;12(12):35-54.
21. N. *After sovereignty. Sovereignty in transition*. Oxford: Hart Publishing; 2003. 572 p.
22. World Health Organization [Internet]. The operational response to SARS. 2003a. Available from: <http://www.who.int/csr/sars/goarn2003416/en> [Accessed 27th November 2018].
23. World Health Organization. Coronavirus never before seen in humans is the cause of SARS. 2003b. Update 31. Available from: <http://www.who.int/csr/sarsarchive/2003416/en> [Accessed 27th November 2018].
24. Steinbock, B, London AJ, Arras JD, editors. *Ethical issues in modern medicine*. 8th ed. London: McGraw Hill; 2009. 880 p.
25. World Health Organization. Global health governance: overview of the role of international law in protecting and promoting global public health. *Key issues in global health governance*. 2002;3(1):6-53.
26. Young IM. *Responsibility for justice*. 1st ed. Oxford: Oxford University Press; 2011. 224 p.
27. Gomez-Dants O. The quest for global justice in health: a review of global health law by Lawrence O. Gostin. *Yale J Health Policy Law Ethics*. 2015;15(2):377-90.

Agents of Justice in Global Health

Shirin Boroomand *

PhD candidate of public law, Faculty of Law, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

Received: May 22, 2019 Accepted: Sept. 11, 2019

Abstract

Background: Interdependence and the processes of globalization in the world have induced complicated problems in global health. Major inequalities in health issues in the world have raised some challenges of climate change, the pro-pagation of infectious diseases, unequal distribution of health facilities, poverty and related illnesses which comprise the main focus of global justice theory.

Methods: The global justice theory, which is a normative discourse about our duties and responsibilities vis-à-vis other people in the world, has been divided into different approaches to address the crises and issues discussed above. These approaches, based on their prepositions and arguments on the principles of justice, have various views on agents of justice. In this study, we will work with two problem-oriented and theoretical approaches to global justice to achieve a desirable approach to global health justice.

Results: According to statist perspective to global justice, states are exclusive agents of justice while cosmopolitans hold that individuals, institutions and states are agents of justice.

Conclusion: It seems that the best position is a middle, synthetic approach, which considers states, non-state actors, institutions and even individuals as the agents of justice and assigns the obligations with a varying degree. Empirical cases and recent experiences in global health confirm the intended results of such perspective.

Keywords:

Agents of justice,
Cosmopolitan perspective,
Global health, Global justice,
Middle and synthetic approach,
Statist perspective

To cite this article:

Boroomand Sh. [Agents of
Justice in Global Health]. Iran
J Biomed Law Ethics.
2018;1(1):47-59. Persian.

* Corresponding author: Shirin Boroomand, Tel: 22402020, Fax: 22402021, Email: s_boroomand@sbu.ac.ir