

अमेरिका और भारत के कोविड प्रबंधन का तुलनात्मक अध्ययन

डॉ. राकेश कुमार जायसवाल

असिस्टेंट प्रोफेसर
राजनीति विज्ञान विभाग
राजकीय महाविद्यालय, बदायूँ, उत्तर प्रदेश, भारत

सार

कोविड-19 महामारी ने आधुनिक राज्य, संघीय शासन, सार्वजनिक स्वास्थ्य क्षमता, वैज्ञानिक सलाह, राजनीतिक नेतृत्व और लोकतांत्रिक उत्तरदायित्व की वास्तविक सीमाओं को उजागर कर दिया। यह संकट केवल एक स्वास्थ्य आपदा नहीं था, बल्कि यह शासन-प्रणालियों की प्रभावशीलता, नीति-निर्माण की गति, प्रशासनिक समन्वय, सामाजिक विश्वास और आर्थिक लचीलेपन की भी व्यापक परीक्षा थी। भारत और संयुक्त राज्य अमेरिका, दोनों विश्व के बड़े लोकतांत्रिक संघीय राष्ट्र हैं; परंतु उनकी संवैधानिक संरचना, केंद्र-राज्य संबंधों की प्रकृति, स्वास्थ्य-प्रशासन की संस्थागत बनावट, राजनीतिक संस्कृति और संकट-प्रबंधन की शैली में महत्वपूर्ण अंतर हैं। प्रस्तुत शोध पत्र में इन दोनों देशों के कोविड-19 प्रबंधन का तुलनात्मक अध्ययन किया गया है। अध्ययन का मुख्य उद्देश्य यह समझना है कि महामारी प्रबंधन में संघवाद, नेतृत्व शैली, वैज्ञानिक सलाह की भूमिका, स्वास्थ्य अवसंरचना, आर्थिक राहत नीतियाँ, लॉकडाउन रणनीति, टीकाकरण नीति तथा लोकतांत्रिक स्वतंत्रताओं और आपातकालीन नियंत्रण के बीच संतुलन ने किस प्रकार अलग-अलग परिणाम उत्पन्न किए। यह अध्ययन द्वितीयक स्रोतों पर आधारित है, जिनमें सरकारी रिपोर्टें, विश्व स्वास्थ्य संगठन, विश्व बैंक, अंतरराष्ट्रीय डेटा स्रोत, शोध लेख, नीति-पत्र, मीडिया विश्लेषण और शैक्षणिक पुस्तकों का उपयोग किया गया है। शोध में विशेष रूप से 2020 की पहली लहर पर ध्यान केंद्रित किया गया है, यद्यपि कुछ विश्लेषणात्मक संदर्भ बाद की नीतियों तक भी विस्तारित हैं। अध्ययन के निष्कर्षों से स्पष्ट होता है कि भारत का अपेक्षाकृत केंद्रीकृत और त्वरित निर्णय-आधारित मॉडल शुरुआती चरण में व्यापक नीति-संयोजन और राष्ट्रीय संदेश-निर्माण में प्रभावी रहा, लेकिन प्रवासी संकट, स्वास्थ्य संसाधनों की कमी और सामाजिक-आर्थिक असमानताओं के कारण उसे गंभीर चुनौतियों का सामना करना पड़ा। दूसरी ओर, संयुक्त राज्य अमेरिका का विकेंद्रीकृत मॉडल राज्यों को स्थानीय परिस्थितियों के आधार पर नीति-निर्माण की लचीलापन तो प्रदान करता है, किंतु राष्ट्रीय स्तर पर असंगत संदेश, राजनीतिक ध्रुवीकरण, वैज्ञानिक सलाह के राजनीतिकरण और समन्वय की कमी ने उसकी प्रभावशीलता को बाधित किया। शोध यह निष्कर्ष भी प्रस्तुत करता है कि किसी भी महामारी में केवल केंद्रीकरण या विकेंद्रीकरण अपने-आप में पर्याप्त नहीं होते। एक ऐसा बहु-स्तरीय शासन मॉडल, जिसमें केंद्रीय दिशा-निर्देशन, स्थानीय अनुकूलन, पारदर्शी वैज्ञानिक संवाद, समावेशी आर्थिक सहायता, और नागरिक स्वतंत्रताओं का संतुलित संरक्षण शामिल हो, भविष्य के स्वास्थ्य संकटों के लिए अधिक उपयोगी सिद्ध हो सकता है।

मुख्य शब्द: कोविड-19, भारत, संयुक्त राज्य अमेरिका, संघवाद, सार्वजनिक स्वास्थ्य, नेतृत्व, वैज्ञानिक सलाह, लॉकडाउन, आर्थिक नीति, वैक्सीन नीति

1. प्रस्तावना

सन् 2019 के अंत में चीन के वुहान शहर से प्रारंभ हुई कोविड-19 महामारी शीघ्र ही एक वैश्विक स्वास्थ्य संकट में परिवर्तित हो गई। मार्च 2020 में विश्व स्वास्थ्य संगठन ने इसे महामारी घोषित किया। इसके बाद लगभग सभी देशों को न केवल स्वास्थ्य प्रणाली पर अभूतपूर्व दबाव का सामना करना पड़ा, बल्कि शासन-क्षमता, नीतिगत तैयारी, प्रशासनिक समन्वय और सामाजिक विश्वास की गहरी परीक्षा भी हुई। कोविड-19 ने यह प्रश्न पुनः केंद्रीय बना दिया कि संकट के

समय राज्य कितनी तेजी से प्रतिक्रिया देता है, किस स्तर पर निर्णय लिए जाते हैं, वैज्ञानिक ज्ञान को कैसे नीति में रूपांतरित किया जाता है, और नागरिक स्वतंत्रताओं के साथ सार्वजनिक सुरक्षा का संतुलन किस प्रकार साधा जाता है। भारत और संयुक्त राज्य अमेरिका इस विमर्श के लिए विशेष रूप से महत्वपूर्ण अध्ययन-क्षेत्र हैं। दोनों बड़े क्षेत्रफल, विशाल जनसंख्या, बहुस्तरीय प्रशासनिक संरचना, विविध सामाजिक-आर्थिक परिस्थितियों और लोकतांत्रिक संवैधानिक ढाँचे वाले संघीय राष्ट्र हैं। फिर भी दोनों देशों की शासन-शैली में अंतर स्पष्ट है। भारत का संघवाद संवैधानिक रूप से संघीय होते हुए भी व्यावहारिक रूप में केंद्राभिमुख माना जाता है, जहाँ संकट की स्थिति में केंद्र सरकार अधिक निर्णायक भूमिका ग्रहण कर सकती है। इसके विपरीत, अमेरिका का संघवाद ऐतिहासिक रूप से राज्यों की सशक्त स्वायत्तता पर आधारित है, जहाँ स्वास्थ्य नीति और सार्वजनिक सुरक्षा के अनेक पहलू राज्यों के अधिकार क्षेत्र में आते हैं। फलतः महामारी के दौरान दोनों देशों की प्रतिक्रिया-शैली, नीति-समन्वय और सार्वजनिक संचार में उल्लेखनीय भिन्नताएँ दिखाई दीं। राजनीति-विज्ञान, लोक-प्रशासन और सार्वजनिक स्वास्थ्य के विद्वानों ने लंबे समय से यह तर्क दिया है कि संस्थाएँ संकट की प्रकृति को नहीं बदलतीं, पर वे उस संकट के प्रति राज्य की प्रतिक्रिया की संरचना अवश्य निर्धारित करती हैं। संघवाद के सैद्धांतिक साहित्य में यह प्रश्न केंद्रीय रहा है कि क्या बहु-स्तरीय शासन संकट-प्रबंधन के लिए बाधा है या अवसर। Watts (2008), Elazar (1987), Riker (1964), Hueglin and Fenna (2006), Steytler (2009), Rodden (2004), Kincaid (1990), Scharpf (1997), Agranoff (2007), Benz and Broschek (2013) तथा Arretche (2010) जैसे विद्वानों ने संघीय व्यवस्थाओं की अंतर्निहित जटिलताओं, प्रतिस्पर्धा, सहयोग, अंतःसरकारी समन्वय और नीति-प्रयोग की संभावनाओं पर प्रकाश डाला है। इसी प्रकार सार्वजनिक नीति एवं संकट प्रबंधन के क्षेत्र में Boin et al. (2005), Rosenthal et al. (1989), Comfort (2007), Peters (2011), Kickbusch (2010), Gostin (2000), Fidler (2004), Garrett (2001), Frenk and Moon (2013), तथा Pierson (2004) जैसे विद्वानों ने यह दिखाया है कि सार्वजनिक स्वास्थ्य संकट केवल चिकित्सा-आधारित आपात स्थिति नहीं, बल्कि संस्थागत क्षमता और राजनीतिक वैधता की भी परीक्षा होते हैं। 2000 से 2014 के बीच प्रकाशित साहित्य इस शोध के लिए विशेष उपयोगी है क्योंकि यह कोविड-पूर्व काल में विकसित उन सैद्धांतिक अंतर्दृष्टियों को प्रस्तुत करता है जिनकी सहायता से महामारी-प्रबंधन का विश्लेषण किया जा सकता है। उदाहरणार्थ, Watts (2008) ने संघीय व्यवस्थाओं में विभाजित अधिकार-संरचना और समन्वय-क्षमता के बीच संबंध को स्पष्ट किया; Hueglin and Fenna (2006) ने आधुनिक संघवाद के तुलनात्मक रूपों को वर्गीकृत किया; Rodden (2004) ने संघवाद और नीति-विषमता के संबंध पर विचार किया; Scharpf (1997) ने बहुस्तरीय शासन में संयुक्त निर्णय-निर्माण की सीमाएँ रेखांकित कीं; Agranoff (2007) ने अंतःसरकारी प्रबंधन को नीति-क्रियान्वयन की केंद्रीय शर्त बताया। इसी प्रकार Fidler (2004) और Kickbusch (2010) ने वैश्विक स्वास्थ्य शासन के उभरते आयामों पर चर्चा की; Gostin (2000) ने सार्वजनिक स्वास्थ्य कानून की संस्थागत उपयोगिता पर जोर दिया; Frenk and Moon (2013) ने वैश्विक स्वास्थ्य व्यवस्था के संस्थागत पुनर्संरचना की आवश्यकता को रेखांकित किया; Garrett (2001) ने संक्रामक रोगों को वैश्विक सुरक्षा से जोड़ा; Comfort (2007) ने जटिल आपदाओं में सूचना और समन्वय के महत्व को रेखांकित किया; और Peters (2011) ने शासन-प्रणालियों की क्षमता, अस्थिरता और संकट-प्रतिक्रिया के बीच संबंधों को समझाया। भारत और अमेरिका के संदर्भ में भी कोविड-पूर्व साहित्य उपयोगी संकेत देता है। भारत में केंद्र और राज्यों के बीच शक्ति-वितरण, आपदा प्रबंधन, स्वास्थ्य शासन और प्रशासनिक केंद्रीकरण पर अनेक विद्वानों ने चर्चा की है। अमेरिका के संदर्भ में राज्यों की सार्वजनिक स्वास्थ्य स्वायत्तता, संघीय एजेंसियों की भूमिका, राष्ट्रपतीय नेतृत्व, तथा राजनीतिक ध्रुवीकरण की नीति-प्रभाविता पर व्यापक साहित्य उपलब्ध है। कोविड-19 ने इन पूर्ववर्ती सैद्धांतिक प्रवृत्तियों को जीवंत रूप में सामने ला दिया। प्रस्तुत शोध-पत्र का उद्देश्य केवल तथ्यात्मक तुलना करना नहीं है, बल्कि यह समझना भी है कि क्यों दो बड़े लोकतांत्रिक संघीय राष्ट्र समान वैश्विक संकट के प्रति भिन्न प्रकार से प्रतिक्रिया करते हैं। इसके लिए यह अध्ययन शासन प्रणाली, कानूनी ढाँचा, लॉकडाउन नीति, केंद्र-राज्य संबंध, नेतृत्व और संचार, वैज्ञानिक सलाह की भूमिका, स्वास्थ्य अवसंरचना, आर्थिक प्रतिक्रिया, वैक्सीन नीति तथा सैद्धांतिक प्रतिमानों के आधार पर तुलनात्मक विश्लेषण करता है। शोध का व्यापक तर्क यह है कि भारत और अमेरिका के कोविड प्रबंधन में अंतर केवल संसाधनों या प्रशासनिक दक्षता का परिणाम नहीं था, बल्कि यह उनके संघीय ढाँचों, राजनीतिक नेतृत्व, संस्थागत संस्कृति और राज्य-समाज संबंधों से गहरे रूप से जुड़ा हुआ था।

इस प्रस्तावना में प्रयुक्त प्रमुख संदर्भ निम्न प्रकार के बौद्धिक आधार प्रदान करते हैं: सार्वजनिक स्वास्थ्य कानून पर Gostin (2000); वैश्विक महामारी और सुरक्षा पर Garrett (2001); रोग-राजनीति और वैश्विक स्वास्थ्य शासन पर Fidler (2004); ऐतिहासिक संस्थागतवाद और नीतिगत निर्भरता पर Pierson (2004); संकट-प्रबंधन पर Boin et al. (2005); तुलनात्मक संघवाद पर Hueglin and Fenna (2006); जटिल आपदा-समन्वय पर Comfort (2007); अंतःसरकारी प्रबंधन पर Agranoff (2007); संघवाद के तुलनात्मक स्वरूप पर Watts (2008); बहुस्तरीय शासन पर Steytler (2009); वैश्विक स्वास्थ्य कूटनीति पर Kickbusch (2010); उप-राष्ट्रीय असमानताओं और संघीय नीतियों पर Arretche (2010); शासन और संकट-प्रतिक्रिया पर Peters (2011); तथा संघवाद के संस्थागत गतिशास्त्र पर Benz and Broschek (2013), Frenk and Moon (2013) आदि। इस प्रकार कोविड-19 का अध्ययन पूर्ववर्ती सिद्धांतों के परीक्षण और पुनर्मूल्यांकन का अवसर प्रदान करता है।

2. शोध के उद्देश्य

इस शोध के प्रमुख उद्देश्य निम्नलिखित हैं:

- भारत और संयुक्त राज्य अमेरिका के कोविड-19 प्रबंधन का तुलनात्मक अध्ययन करना।
- दोनों देशों में केंद्र-राज्य संबंधों की भूमिका का विश्लेषण करना।
- नेतृत्व शैली, सार्वजनिक संचार और राजनीतिक संदेशों का महामारी-प्रबंधन पर प्रभाव समझना।
- वैज्ञानिक सलाह, विशेषज्ञ संस्थाओं और नीति-निर्माण के संबंधों का तुलनात्मक अध्ययन करना।
- स्वास्थ्य अवसंरचना, आर्थिक राहत, लॉकडाउन नीति और वैक्सीन रणनीति के बीच अंतर्संबंधों को समझना।
- लोकतांत्रिक स्वतंत्रताओं और आपातकालीन राज्य-शक्तियों के संतुलन का विश्लेषण करना।
- भविष्य की महामारी-तैयारी के लिए नीति-स्तर पर उपयोगी निष्कर्ष प्रस्तुत करना।

3. अनुसंधान पद्धति

यह अध्ययन गुणात्मक तुलनात्मक अनुसंधान पद्धति पर आधारित है। इसमें मुख्यतः द्वितीयक स्रोतों का उपयोग किया गया है। डेटा और विश्लेषण के लिए निम्न स्रोतों को आधार बनाया गया है:

- भारत सरकार और अमेरिकी संघीय एजेंसियों की आधिकारिक रिपोर्टें
- विश्व स्वास्थ्य संगठन, विश्व बैंक, CDC, MoHFW, ICMR, Our World in Data जैसे स्रोत
- शोध-पत्र, पुस्तकें, जर्नल लेख और नीति-पत्र
- समाचार विश्लेषण, संपादकीय लेख और थिंक-टैंक रिपोर्ट
- महामारी-सम्बन्धी सांख्यिकीय डेटासेट

यह अध्ययन मुख्यतः 2020 की पहली लहर पर केंद्रित है, क्योंकि इसी अवधि में दोनों देशों की शासन-प्रणालियों की मूल प्रवृत्तियाँ सर्वाधिक स्पष्ट रूप से सामने आईं। पद्धतिगत रूप से अध्ययन तुलनात्मक राजनीति, सार्वजनिक नीति विश्लेषण और संस्थागत दृष्टिकोण का संयोजन करता है। विश्लेषण के प्रमुख आयाम हैं: शासन संरचना, कानूनी आधार, नीति-निर्णय की गति, संचार की शैली, वैज्ञानिक सलाह का स्थान, सामाजिक-आर्थिक राहत और राज्य क्षमता।

4. तुलनात्मक विश्लेषण

4.1 शासन प्रणाली

भारत में कोविड-19 प्रबंधन के दौरान केंद्र सरकार की भूमिका अत्यंत निर्णायक रही। प्रधानमंत्री कार्यालय, केंद्रीय स्वास्थ्य मंत्रालय, गृह मंत्रालय, भारतीय आयुर्विज्ञान अनुसंधान परिषद तथा राष्ट्रीय आपदा प्रबंधन तंत्र ने प्रमुख निर्णयों का समन्वय किया। भारत का संघीय ढाँचा संविधानतः राज्यों को पर्याप्त अधिकार देता है, किंतु आपदा की स्थिति में केंद्र सरकार विधिक और प्रशासनिक साधनों के माध्यम से राष्ट्रीय स्तर पर निर्देश जारी कर सकती है। कोविड-19 के दौरान यही प्रवृत्ति स्पष्ट रूप से दिखाई दी। इसके विपरीत, संयुक्त राज्य अमेरिका में महामारी-प्रबंधन के दौरान राष्ट्रपति प्रशासन, CDC, FEMA और अन्य संघीय संस्थाओं की भूमिका तो थी, किंतु वास्तविक निर्णय-निर्माण में राज्यों के राज्यपालों, स्थानीय प्रशासन और राज्य-स्तरीय स्वास्थ्य एजेंसियों की बड़ी भूमिका रही। किस राज्य में स्कूल बंद होंगे, मास्क अनिवार्य होगा या नहीं, लॉकडाउन की कठोरता कितनी होगी, व्यवसाय कब खुलेंगे—इन प्रश्नों पर

राज्यों के बीच उल्लेखनीय विविधता रही। यह विविधता संघवाद की लचीली प्रकृति का संकेत भी थी और नीति-विसंगति का कारण भी।

4.2 कानूनी ढाँचा

भारत में महामारी-प्रबंधन के लिए आपदा प्रबंधन अधिनियम, 2005 का व्यापक उपयोग किया गया। इस अधिनियम ने केंद्र सरकार को राष्ट्रीय आपदा के संदर्भ में दिशा-निर्देश जारी करने, राज्यों को बाध्यकारी आदेश देने और प्रशासनिक समन्वय स्थापित करने की क्षमता प्रदान की। इसके अतिरिक्त महामारी रोग अधिनियम, 1897 का भी प्रयोग विभिन्न स्तरों पर किया गया। परिणामतः केंद्र को एक मजबूत विधिक आधार मिला, जिसके सहारे राष्ट्रीय लॉकडाउन सहित अनेक प्रतिबंध लागू किए गए।

अमेरिका में Public Health Service Act, Stafford Act, तथा राज्यों के अपने-अपने सार्वजनिक स्वास्थ्य कानून महामारी प्रबंधन का आधार बने। अमेरिकी व्यवस्था में संघीय सरकार आपातकाल घोषित कर सकती है, संसाधन जुटा सकती है, दिशानिर्देश जारी कर सकती है, लेकिन सार्वजनिक स्वास्थ्य से जुड़े अनेक नियंत्रणात्मक उपाय—जैसे अनिवार्य मास्कें, व्यवसाय बंदी, सभा-प्रतिबंध—अक्सर राज्यों के अधिकार क्षेत्र में अधिक प्रभावी होते हैं। इस कारण कानूनी दृष्टि से अमेरिकी प्रतिक्रिया संरचनात्मक रूप से अधिक बिखरी हुई प्रतीत होती है।

4.3 लॉकडाउन रणनीति

भारत ने 24 मार्च 2020 से देशव्यापी राष्ट्रीय लॉकडाउन लागू किया, जो विश्व के सबसे बड़े और सबसे कठोर लॉकडाउन में से एक था। इस कदम का उद्देश्य संक्रमण-शृंखला तोड़ना, स्वास्थ्य प्रणाली को तैयारी का समय देना, और सामाजिक गतिशीलता को अचानक सीमित कर वायरस के प्रसार को नियंत्रित करना था। राष्ट्रीय स्तर पर एकरूपता भारत के केंद्रीकृत निर्णय-निर्माण की पहचान बनी। हालांकि इसकी सबसे बड़ी आलोचना तैयारी की कमी, प्रवासी मजदूरों की दुर्दशा, आजीविका संकट और मानव-गतिशीलता के सामाजिक आयामों की अपर्याप्त समझ को लेकर हुई। अमेरिका में राष्ट्रीय स्तर का पूर्ण लॉकडाउन नहीं लगाया गया। विभिन्न राज्यों ने अपनी परिस्थितियों के अनुसार अलग-अलग समय और कठोरता के साथ प्रतिबंध लागू किए। न्यूयॉर्क, कैलिफ़ोर्निया और न्यू जर्सी जैसे राज्यों ने सख्त प्रतिबंध लगाए, जबकि कुछ राज्यों ने अपेक्षाकृत ढीली नीतियाँ अपनाईं। इससे एक ओर स्थानीय लचीलापन मिला, लेकिन दूसरी ओर राष्ट्रीय एकरूपता और सामूहिक संदेश का अभाव बना रहा। राज्य-सीमाओं के भीतर और बाहर यात्रा तथा व्यवसायिक गतिविधियों की विविधता ने संक्रमण-नियंत्रण को जटिल बनाया।

5. केंद्र-राज्य संबंध

भारत में महामारी के शुरुआती चरण में केंद्र सरकार ने दिशानिर्देशों, लॉकडाउन, कंटेनमेंट जोन, परीक्षण नीति और यात्रा-नियमन के संदर्भ में केंद्रीय नियंत्रण स्थापित किया। राज्यों ने इन निर्देशों के भीतर रहते हुए स्थानीय स्तर पर कदम उठाए, किंतु व्यापक रणनीति केंद्र द्वारा निर्धारित थी। महाराष्ट्र, दिल्ली, तमिलनाडु और केरल जैसे राज्यों में संक्रमण की स्थिति भिन्न थी, फिर भी प्रारंभिक चरण में केंद्रीय दिशा-निर्देशन ने एकरूपता बनाए रखी। बाद में राज्यों को अधिक लचीलापन दिया गया, जिससे संघवाद का व्यावहारिक समायोजन सामने आया।

अमेरिका में राज्यपालों की भूमिका केंद्रीय रही। न्यूयॉर्क के गवर्नर एंड्रयू कुओमो, कैलिफ़ोर्निया के गेविन न्यूज़म, फ्लोरिडा के रॉन डीसैंटिस, टेक्सास के ग्रेग एबॉट आदि नेताओं ने अपने-अपने राज्यों में अलग नीति-पथ अपनाए। संघीय सरकार और राज्य सरकारों के बीच वेंटिलेटर, PPE, परीक्षण सामग्री और वैक्सीन वितरण को लेकर कई बार तनावपूर्ण स्थिति उत्पन्न हुई। यह परिघटना अमेरिकी संघवाद की वास्तविकता को सामने लाती है, जहाँ संकट के दौरान भी केंद्र राज्यों पर पूर्ण नियंत्रण स्थापित नहीं कर सकता।

उदाहरण के रूप में भारत में महाराष्ट्र प्रारंभिक संक्रमण का प्रमुख केंद्र बना, जहाँ केंद्र-राज्य समन्वय आवश्यक होने के बावजूद स्वास्थ्य-प्रणाली पर दबाव बढ़ता गया। अमेरिका में न्यूयॉर्क शुरुआती महामारी का केंद्र रहा, जहाँ

अस्पतालों पर गंभीर दबाव, मृत्युदर में वृद्धि और आपूर्ति की कमी ने संघीय और राज्यीय समन्वय की सीमाएँ उजागर कीं।

6. नेतृत्व और संचार

महामारी-प्रबंधन में नेतृत्व केवल निर्णय लेने की क्षमता का प्रश्न नहीं, बल्कि सार्वजनिक संचार, विश्वास-निर्माण और अनुपालन-संस्कृति के निर्माण का भी प्रश्न है। भारत में प्रधानमंत्री नरेंद्र मोदी ने महामारी के शुरुआती चरण में राष्ट्रीय संबोधन के माध्यम से एक केंद्रीकृत, प्रतीकात्मक और भावनात्मक संचार शैली अपनाई। “जनता कर्पूर्य”, ताली-थाली, दीप प्रज्वलन जैसे प्रतीकात्मक आह्वानों के माध्यम से महामारी-नियंत्रण को सामुदायिक अनुशासन और राष्ट्रीय एकजुटता के रूप में प्रस्तुत किया गया। इससे जनता में प्रारंभिक चरण में उच्च स्तर का मनोवैज्ञानिक संकल्प और अनुपालन भावना विकसित हुई। हालांकि आलोचकों ने यह भी कहा कि प्रतीकात्मकता के साथ-साथ व्यावहारिक तैयारी और सामाजिक सुरक्षा के आयामों पर पर्याप्त ध्यान नहीं दिया गया।

अमेरिका में राष्ट्रपति डोनाल्ड ट्रम्प का संचार अपेक्षाकृत असंगत और कई बार विवादास्पद रहा। वायरस की गंभीरता को लेकर शुरुआती दौर में अस्पष्टता, मास्क उपयोग पर मिश्रित संकेत, वैज्ञानिक सलाह से सार्वजनिक असहमति, और महामारी के राजनीतिक ध्रुवीकरण ने जनता के बीच भ्रम पैदा किया। कई मौकों पर CDC और व्हाइट हाउस के संदेशों में स्पष्ट भिन्नता दिखाई दी। इससे सार्वजनिक स्वास्थ्य उपायों का पालन राजनीतिक पहचान से प्रभावित होने लगा। महामारी विज्ञान का प्रश्न आंशिक रूप से वैचारिक-सांस्कृतिक विभाजन का भी विषय बन गया।

7. वैज्ञानिक सलाह और नीति

भारत में Indian Council of Medical Research (ICMR), स्वास्थ्य मंत्रालय, और वैज्ञानिक सलाहकार निकायों ने परीक्षण, उपचार प्रोटोकॉल, सर्वेक्षण और दिशानिर्देशों में केंद्रीय भूमिका निभाई। वैज्ञानिक सलाह का केंद्रीकरण नीति-निर्माण को एकरूपता देता था। हालांकि परीक्षण नीति, डेटा पारदर्शिता और कुछ उपचार दिशानिर्देशों को लेकर समय-समय पर प्रश्न भी उठे। फिर भी व्यापक रूप से वैज्ञानिक संस्थाओं को सरकारी नीति-समर्थन प्राप्त था और सार्वजनिक असहमति सीमित दिखाई दी।

अमेरिका में Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Institutes of Health (NIH), और डॉ. एंथनी फाउची जैसी विशेषज्ञ आवाज़ें महामारी-प्रबंधन में महत्वपूर्ण थीं। लेकिन वैज्ञानिक सलाह का राजनीतिकरण अधिक स्पष्ट रूप से उभरा। मास्क, लॉकडाउन, स्कूल-खोलने, वैक्सीन और परीक्षण को लेकर वैज्ञानिक राय कई बार राजनीतिक विमर्श में उलझ गई। इससे वैज्ञानिक संस्थाओं की सार्वजनिक विश्वसनीयता पर भी दबाव पड़ा। महामारी-प्रबंधन के संदर्भ में अमेरिका यह दर्शाता है कि वैज्ञानिक संस्थाएँ मजबूत होने के बावजूद यदि राजनीतिक नेतृत्व उनके संदेशों को निरंतरता न दे, तो नीति-पालन कमजोर हो सकता है।

8. स्वास्थ्य अवसंरचना

भारत और अमेरिका की स्वास्थ्य अवसंरचनाएँ स्वभावतः भिन्न हैं। अमेरिका तकनीकी रूप से अत्यंत उन्नत चिकित्सा प्रणाली, उच्च-स्तरीय अस्पतालों, जैव-चिकित्सीय अनुसंधान और दवा नवाचार की क्षमता रखता है। किंतु उसकी स्वास्थ्य प्रणाली अत्यधिक महंगी, असमान और बीमा-आधारित है। महामारी के दौरान यह स्पष्ट हुआ कि उन्नत संसाधनों के बावजूद सार्वभौमिक पहुँच का अभाव गंभीर समस्या है। सामाजिक-आर्थिक और नस्ली असमानताओं ने संक्रमण और मृत्यु दर को प्रभावित किया।

भारत की स्वास्थ्य प्रणाली संसाधन-दृष्टि से सीमित है, किंतु इसका सार्वजनिक स्वास्थ्य तंत्र विस्तृत जन-स्तर तक फैला है। आशा कार्यकर्ता, आंगनवाड़ी नेटवर्क, जिला प्रशासन, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र और सामुदायिक स्वास्थ्य संरचनाएँ जमीनी स्तर पर उपयोगी साबित हुईं। हालांकि ICU बेड, ऑक्सीजन, विशेषज्ञ चिकित्सा संसाधन, शहरी अस्पतालों की क्षमता और सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यय की सीमाएँ स्पष्ट रूप से सामने आईं। भारत ने सीमित संसाधनों के बीच

अपेक्षाकृत कम लागत पर व्यापक निगरानी, क्वारंटीन और संपर्क-अनुसरण के प्रयास किए, पर इसकी क्षमता राज्यों के बीच असमान रही।

9. आर्थिक प्रतिक्रिया

महामारी केवल स्वास्थ्य संकट नहीं थी; यह आजीविका, रोजगार, उत्पादन, आपूर्ति-श्रृंखला और सामाजिक सुरक्षा का भी संकट थी। भारत ने प्रधानमंत्री गरीब कल्याण योजना, मुफ्त खाद्यान्न वितरण, उज्ज्वला लाभार्थियों के लिए सहायता, जनधन खातों में हस्तांतरण, मनरेगा आवंटन, और बाद में “आत्मनिर्भर भारत” पैकेज के माध्यम से बहु-स्तरीय आर्थिक प्रतिक्रिया दी। भारत की नीति में खाद्य सुरक्षा और कमजोर तबकों के लिए राहत को विशेष महत्व दिया गया। हालांकि आलोचना यह रही कि प्रत्यक्ष नकद हस्तांतरण का आकार सीमित था और अनौपचारिक क्षेत्र की व्यापक क्षति की तुलना में राहत अपर्याप्त रही। अमेरिका ने CARES Act के माध्यम से लगभग 2.2 ट्रिलियन डॉलर का विशाल आर्थिक पैकेज घोषित किया। इसमें प्रत्यक्ष नकद सहायता, बेरोज़गारी लाभ विस्तार, व्यवसायिक सहायता, पेट्रोल संरक्षण, तथा स्वास्थ्य क्षेत्र के लिए आपात धन शामिल था। अमेरिकी प्रतिक्रिया का पैमाना राजकोषीय दृष्टि से अत्यंत बड़ा था। इससे स्पष्ट हुआ कि अमेरिका संकट के समय बड़े पैमाने पर प्रत्यक्ष नकद और वित्तीय सहायता देने में सक्षम है। हालांकि असमान वितरण, बेरोज़गारी में उछाल, और सामाजिक वर्गों के बीच विषमता फिर भी गंभीर रही।

10. वैक्सीन नीति

भारत ने वैक्सीन उत्पादन और आपूर्ति में महत्वपूर्ण भूमिका निभाई। Serum Institute of India और Bharat Biotech जैसे संस्थानों ने उत्पादन क्षमता विकसित की। भारत की वैक्सीन नीति में घरेलू निर्माण, चरणबद्ध प्राथमिकता, और बाद में “वैक्सीन मैत्री” जैसी विदेश नीति पहलें भी शामिल रहीं। हालांकि प्रारंभिक चरण में वैक्सीन उपलब्धता, राज्यों की खरीद भूमिका, और केंद्र-राज्य लागत-वितरण को लेकर बहस हुई। अमेरिका ने Operation Warp Speed के माध्यम से Pfizer, Moderna, Johnson & Johnson आदि के अनुसंधान, विकास और शीघ्र अनुमोदन को बढ़ावा दिया। यह सार्वजनिक-निजी साझेदारी, वैज्ञानिक निवेश और त्वरित विनियामक सहयोग का प्रभावशाली उदाहरण था। अमेरिका ने वैक्सीन विकास में अभूतपूर्व गति दिखाई, पर वैक्सीन हिचकिचाहट, राजनीतिक विभाजन और पहुँच-असमानता वहाँ भी समस्या बनी रही।

11. सैद्धांतिक विश्लेषण

11.1 संघवाद

अमेरिका में प्रतिस्पर्धी संघवाद की प्रवृत्ति स्पष्ट दिखाई देती है, जहाँ राज्यों के पास पर्याप्त नीति-स्वायत्तता होती है और वे अलग-अलग मॉडल अपनाते हैं। कोविड-19 के दौरान यही लचीलापन कई बार नीति-प्रयोग का अवसर बना, लेकिन समन्वय की कमी से राष्ट्रीय प्रतिक्रिया कमजोर हुई। भारत में संघवाद सहयोगी कहा जाता है, किंतु संकट की परिस्थितियों में यह अधिक केंद्रीकृत रूप ग्रहण कर सकता है। कोविड-19 के दौरान भारत में यही हुआ। इससे त्वरित निर्णय तो संभव हुआ, पर स्थानीय विविधताओं की अनदेखी का जोखिम भी बढ़ा।

11.2 Carl Schmitt का “अपवाद की स्थिति” सिद्धांत

Carl Schmitt के अनुसार संप्रभु वही है जो “अपवाद की स्थिति” में निर्णय लेता है। कोविड-19 के दौरान दोनों देशों में राज्य-शक्तियों का विस्तार हुआ। भारत में लॉकडाउन, आवाजाही पर प्रतिबंध, डिजिटल निगरानी, और प्रशासनिक आदेशों ने आपातकालीन शासन के विस्तारित रूप को दर्शाया। अमेरिका में भी विभिन्न स्तरों पर आपात घोषणाएँ हुईं, परंतु वहाँ “अपवाद” का संचालन बहु-स्तरीय रहा। Schmitt का दृष्टिकोण यह समझने में सहायक है कि संकट में विधिक-राजनीतिक अपवाद कैसे सामान्य लोकतांत्रिक प्रक्रियाओं पर वरीयता प्राप्त कर लेते हैं।

11.3 Michel Foucault का बायोपॉलिटिक्स

Michel Foucault की बायोपॉलिटिक्स अवधारणा यह समझने में मदद करती है कि आधुनिक राज्य जनसंख्या के जीवन, स्वास्थ्य, गतिशीलता और शरीर पर किस प्रकार नियंत्रण स्थापित करता है। भारत में आरोग्य सेतु ऐप, क्वारंटीन

निगरानी, संपर्क-अनुसरण और कंटेनमेंट जोन इसी प्रकार के जैव-राजनीतिक उपकरण थे। अमेरिका में भी संपर्क-अनुसरण, डेटा मॉनिटरिंग, स्वास्थ्य दिशानिर्देश और जोखिम-आधारित नियंत्रण नीतियाँ लागू हुईं। कोविड-19 ने दिखाया कि सार्वजनिक स्वास्थ्य सुरक्षा और नागरिक निजता के बीच तनाव आधुनिक शासन का केंद्रीय प्रश्न है।

12. निष्कर्ष

भारत और संयुक्त राज्य अमेरिका के कोविड-19 प्रबंधन का तुलनात्मक अध्ययन यह स्पष्ट करता है कि महामारी जैसे असाधारण संकट केवल स्वास्थ्य-प्रणालियों की परीक्षा नहीं लेते, बल्कि वे राज्य की संरचना, नेतृत्व की गुणवत्ता, वैज्ञानिक संस्थाओं की विश्वसनीयता, सामाजिक विश्वास, आर्थिक नीति और लोकतांत्रिक शासन की परिपक्वता को भी सामने लाते हैं। भारत ने अपेक्षाकृत केंद्रीकृत प्रशासनिक मॉडल अपनाया, जिसने त्वरित निर्णय, राष्ट्रव्यापी संदेश और शुरुआती स्तर पर नीति-एकरूपता प्रदान की। लेकिन इस मॉडल की सीमाएँ प्रवासी संकट, सामाजिक सुरक्षा की अपर्याप्तता, और स्थानीय परिस्थितियों के अपर्याप्त समायोजन के रूप में सामने आईं। दूसरी ओर, अमेरिका का विकेंद्रीकृत मॉडल राज्यों को लचीलापन और नीति-प्रयोग की सुविधा देता है, पर राष्ट्रीय संकट की स्थिति में समन्वित दिशा, एकरूप संदेश और साझा मानकों की कमी इसके लिए गंभीर चुनौती बन जाती है।

अतः महामारी-प्रबंधन के लिए सर्वाधिक प्रभावी मॉडल वह हो सकता है जिसमें केंद्रीय स्तर पर स्पष्ट राजनीतिक नेतृत्व, वैज्ञानिक रूप से विश्वसनीय दिशानिर्देश, संसाधन-संचयन की राष्ट्रीय क्षमता, और राज्यों/स्थानीय इकाइयों को परिस्थितिनुसार अनुकूलन का पर्याप्त अधिकार प्राप्त हो। भविष्य की महामारी-तैयारी के लिए भारत और अमेरिका दोनों के अनुभव यह सिखाते हैं कि संस्थागत लचीलापन, पारदर्शी संचार, सामाजिक सुरक्षा, सार्वजनिक स्वास्थ्य निवेश और नागरिक विश्वास किसी भी आधुनिक लोकतंत्र की संकट-प्रतिरोधक क्षमता के मूल स्तंभ हैं।

इस तुलनात्मक अध्ययन से निम्न प्रमुख निष्कर्ष सामने आते हैं:

1. केंद्रीकरण बनाम विकेंद्रीकरण का प्रश्न निर्णायक है, पर इनमें से कोई भी मॉडल स्वतः श्रेष्ठ नहीं है।
2. भारत का मॉडल त्वरित, राष्ट्रीय स्तर पर एकीकृत और आदेशात्मक था; इससे प्रारंभिक चरण में नीति-समन्वय सशक्त हुआ।
3. अमेरिका का मॉडल लचीला, बहु-स्तरीय और संदर्भानुकूल था; पर समन्वयहीनता और राजनीतिक ध्रुवीकरण ने इसे कमजोर किया।
4. नेतृत्व और संचार महामारी-प्रबंधन में अत्यंत महत्वपूर्ण रहे। भारत में स्पष्ट केंद्रीय संदेश था; अमेरिका में संदेश असंगत रहे।
5. वैज्ञानिक सलाह तभी प्रभावी होती है जब राजनीतिक नेतृत्व उसे विश्वसनीयता और निरंतरता प्रदान करे।
6. स्वास्थ्य अवसंरचना में अमेरिका संसाधन-संपन्न होने के बावजूद समान पहुँच सुनिश्चित नहीं कर पाया, जबकि भारत संसाधन-सीमित होने पर भी जमीनी नेटवर्क के सहारे कुछ क्षेत्रीय सफलता प्राप्त कर सका।
7. आर्थिक राहत में अमेरिका ने प्रत्यक्ष नकद सहायता अधिक दी; भारत ने खाद्य सुरक्षा और संरचनात्मक सहायता पर अधिक बल दिया।
8. लोकतांत्रिक स्वतंत्रताओं और आपातकालीन नियंत्रणों के बीच संतुलन दोनों देशों में विवाद का विषय रहा।

संदर्भ सूची

1. Agranoff, R. (2007). *Managing within networks: Adding value to public organizations*. Georgetown University Press.
2. Arretche, M. (2010). Federalism, social policy, and reductions in territorial inequality in Brazil. In *Comparative federalism: Case studies* (pp. 120–145). [Publisher Name]. (Note: Please ensure the book title and publisher are confirmed for this specific chapter.)
3. Benz, A., & Broschek, J. (Eds.). (2013). *Federal dynamics: Continuity, change, and the varieties of federalism*. Oxford University Press.

4. Boin, A., Hart, P. 't., Stern, E., & Sundelius, B. (2005). *The politics of crisis management: Public leadership under pressure*. Cambridge University Press.
5. Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *COVID data tracker* [Data set]. U.S. Department of Health and Human Services.
6. Comfort, L. K. (2007). Crisis management in hindsight: Cognition, communication, coordination, and control. *Public Administration Review*, 67(Special Issue), 189–197.
7. Elazar, D. J. (1987). *Exploring federalism*. University of Alabama Press.
8. Fauci, A. (2020). *Public health statements and interviews on COVID-19* [Collection of press releases/transcripts]. National Institutes of Health.
9. Fidler, D. P. (2004). *SARS, governance and the globalization of disease*. Palgrave Macmillan.
10. Foucault, M. (1978). *The history of sexuality: Vol. 1. An introduction*. Pantheon.
11. Frenk, J., & Moon, S. (2013). Governance challenges in global health. *New England Journal of Medicine*, 368(10), 936–942.
12. Garrett, L. (2001). *Betrayal of trust: The collapse of global public health*. Hyperion.
13. Gostin, L. O. (2000). *Public health law: Power, duty, restraint*. University of California Press.
14. Hueglin, T. O., & Fenna, A. (2006). *Comparative federalism: A systematic inquiry*. Broadview Press.
15. Kickbusch, I. (2010). *The development of international health policies* [White paper]. World Health Organization.
16. Kincaid, J. (1990). From cooperative to coercive federalism. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 509(1), 139–152.
17. Ministry of Health and Family Welfare, Government of India. (2020). *COVID-19 updates*. Government of India.
18. Peters, B. G. (2011). Governance responses to the crisis. *Public Administration*, 89(1), 19–36.
19. Pierson, P. (2004). *Politics in time: History, institutions, and social analysis*. Princeton University Press.
20. Riker, W. H. (1964). *Federalism: Origin, operation, significance*. Little, Brown.
21. Rodden, J. (2004). Comparative federalism and decentralization. *Comparative Politics*, 36(4), 481–500.
22. Rosenthal, U., Charles, M. T., & Hart, P. 't. (1989). *Coping with crises*. Charles C Thomas.
23. Scharpf, F. W. (1997). *Games real actors play: Actor-centered institutionalism in policy research*. Westview Press.
24. Steytler, N. (Ed.). (2009). *Comparative federalism and intergovernmental relations*. Juta.
25. Watts, R. L. (2008). *Comparing federal systems*. McGill-Queen's University Press.
26. World Bank. (2021). *Economic impact report*.
27. World Health Organization. (2020). *COVID-19 pandemic report*.