

# 什么是健康:两种医学观与国际卫生规范的演进\*

秦倩 周滨滔\*\*

**【内容提要】** 在全球卫生治理的发展进程中,有两种医学观念几乎同时出现,却又此消彼长,深刻地影响着全球卫生事业的发展。第一种医学观念基于对西方医学技术的依赖,并将国际卫生视为对全球经济增长的一种贡献,认为“健康是一种商品”,即生物医学观。第二种医学观念则基于大量投入国家人力、物力及财政资金的方案,从而构建起比较完善的覆盖全民的卫生基础设施和国家卫生系统,强调“健康是一种人权”,即社会医学观。这两种医学观对20世纪的全球卫生事业产生重要影响,在两种医学观下诞生了垂直与水平两种不同的卫生治理模式,本文梳理全球卫生治理议程在两种医学观此消彼长的背景下发生的变迁历程。

**【关键词】** 健康,医学观,国际卫生规范,生物医学观,社会医学观

**【Abstract】** In the history of the global health governance, there are two kinds of medical perspectives that appear almost simultaneously, but each has a profound impact on the development of global health. The biomedical perspective is based on reliance on western medical technology and views international health as a contribution to global economic growth, believing that “health is a commodity”. The social medical perspective is based on the national resources and financial investment, so as to build a relatively complete health infrastructure and national health system covering the whole population, emphasizing that “health is a human right”. These two medical perspectives have had an important impact on global health in the 20th century. Under these two medical perspectives, two different health governance models, vertical and horizontal, were born. This paper aims to examine the evolution of the globe health agenda as two medical perspectives ebb and flow.

**【Key Words】** Health, Medical perspectives, International Health Norms, Biomedical perspective, Social medical perspective

\* 本文系2020年度国家社科基金重大研究专项(编号:20VMG027)的阶段性研究成果。

\*\* 秦倩,复旦大学国际关系与公共事务学院国际政治系副教授;周滨滔,新华通讯社办公厅调研室。

## 一、医学观与国际卫生规范：什么是健康？

在讨论社会医学观与国际卫生规范的变迁之前，我们要先理解健康的概念。从历史发展的视角来看，健康的定义反映了特定时期人们的医学信仰和对科学的理解，处于持续演变的过程之中。

### （一）什么是健康？

#### 1. 历史发展的视角

在古代医学的语境下，健康在很大程度上受到宗教的影响，一个人拥有健康意味着获得了神灵的青睐。为了获得健康，个人有必要向神祈祷并牺牲自我，以抚慰神灵。<sup>①</sup>在一些古埃及的医学稿纸上有着“头痛是恶魔和超自然力量导致的，必须向神明祈祷才能平息治愈”的记录。在公元前12世纪至公元前11世纪的古希腊，那些寻求疾病治愈的人会去神庙朝拜，以平息神的愤怒。有些人会直接去医神阿斯克勒庇俄斯的神庙祈祷和祭祀，以此求得在病人睡觉时出现梦中治疗。<sup>②</sup>在今天的欧洲，阿斯克勒庇俄斯之杖仍然是药学的象征，它提示着人类的健康是由医学之神赋予的。

对充斥着宗教元素的古代医学健康概念首次形成突破的是来自公元前5世纪左右的希波克拉底学派。希波克拉底被西方尊为“现代医学之父”，作为西方医学的奠基人，他首先将古希腊医学从魔法和宗教信仰中分离出来，并建立了环境、个人卫生与疾病起源之间的联系。希波克拉底提出气质体液说，他认为疾病是由四种体液——黑胆汁、黄胆汁、黏液和血液之间的不平衡引起的。当人体的四种体液配合恰当时，身体就是健康的，否则就会出现疾病。因此，希波克拉底认为健康是一种身体平衡的状态，可以借助行为调节和药物治疗来达成。<sup>③</sup>发达国家的所有现代医学

---

① Sigerist H. E., *A History of Medicine: Early Greek, Hindu, and Persian Medicine*, Oxford University Press, New York, 1961, pp.44—83.

② Rousselle R., “Healing Cults in Antiquity: The Dream Cures of Asclepius of Epidaurus”, *J. Psychohist.* 1985, Vol.12, pp.39—52.

③ Tountas Y., “The Historical Origins of the Basic Concepts of Health Promotion and Education: The Role of Ancient Greek Philosophy and Medicine”, *Health Promot Int.* 2009, Vol.1 pp.85—92.

保健实践都蕴含着希波克拉底的健康概念,认为健康是环境和行为因素的产物。

公元前 1 世纪至公元 5 世纪的罗马帝国时期,科学进步进一步改变了人类对健康的理解。罗马帝国最杰出的医生盖伦拓展了希波克拉底对健康的定义,指出四种体液之间的平衡不仅决定人的健康状况,也决定人的气质和个性。因此,盖伦推动了更全面的健康概念的发展,这种健康概念强调考虑病人的整体性,包括精神和情绪状态。此外,在罗马帝国时期,政府就开始为促进社会公民的健康开展行动,有组织地修建淡水渡槽、下水道系统和公共浴室。通过罗马人在卫生和公共卫生方面的创新,卫生医疗保健的重点开始从个人转移到整个社会。<sup>①</sup>随着科学的发展,细胞、微生物和基因分别于 1665 年、1676 年和 1866 年相继被科学界发现,这也伴随着医疗保健递送方法的改进,希波克拉底和盖伦提出的健康概念也得到进一步完善。

当下,最为权威的健康概念是由 1948 年成立的世界卫生组织提出的。根据《世界卫生组织组织法》序言第 1 条规定:“健康不仅为疾病或羸弱之消除,而系体格、精神与社会之完全健康状态。”<sup>②</sup>这被认为是一种革命性的思维方式,因为该定义将健康的概念从仅关注疾病的生理特征拓展到影响患者健康和生活质量的社会因素。此外,它侧重于实现福祉的需要,区别于简单的无病状态,它还纳入社会心理、行为和环境等多方面的因素。世界卫生组织对健康提出的新定义产生了巨大的社会影响,因为它挑战了分配资源的传统观念,将实现普遍福祉作为崇高目标。<sup>③</sup>然而,世界卫生组织的这一定义也饱受批评。许多人认为,由于处理复杂的慢性疾病的困难以及发达国家和发展中国家之间存在资源差距,世界卫生组织所设定的目标仍未实现,根本问题在于世卫组织对健康的定义不切实际,尽管该定义是积极的、雄心勃勃的,并为全球健康的改善提供了无限的机会,但它并不实用,因为它过于基础,难以在实践中被可靠和公

---

① Cilliers L., Retief F. P., “Medical Practice in Graeco-Roman Antiquity”, *Curationis*, 2006, Vol.29, pp.34—40.

② 世界卫生组织:《世界卫生组织组织法》。

③ Jadad A. R., O’Grady L., “How Should Health be Defined?” *BMJ*, 2008, 337: a2900.

平地执行。<sup>①</sup>批评者认为,该定义实际上更接近于对幸福的描述,而不是对健康的描述。虽然健康可以被视为一项人权,但将幸福视为一项权利的观点在论证上更为困难,也更容易受到主观意见的影响。<sup>②</sup>

## 2. 相互竞争的视角

首先,传统的健康概念主张“健康即没有疾病”,因为疾病往往被视为缺乏健康。但这项定义也存在问题,即使是通过人体测量、检查和各种生理指标来衡量个人健康水平,从而判断个体的健康或疾病的状态,也可能陷入一种无意义的相互否定。<sup>③</sup>从任何可量化的身体健康标准来看,自我感觉健康的人未必“真的”健康,反之亦然。此外,医生关注的是已患病的人的情况,治疗效果也必须通过个人恢复情况来衡量,这与其心理、文化或科学背景无关。传染病在19世纪的疾病谱系中占据主导地位,正是这一健康认知模式的体现。在一个人的预期寿命与他是否能幸免于童年时期的疾病和不可预见的流行病密切相关的时代,这些疾病在很大程度上决定了人的健康。从这一概念出发,促进健康意味着努力消除疾病并减少患有疾病的人数<sup>④</sup>,改善健康意味着改善医疗,通过改进医疗培训、优化医疗实践和对特定疾病的更多研究来开展工作。但这一关于健康概念的显著特征是缺乏道德内涵的,疾病往往被认为是自然事件,无人需对此负责,解决疾病问题只需要借助医学技术手段。

随着工业化、城市化的发展,科学家和卫生政策制定者的注意力转向由肮脏和拥挤的住房条件引发的传染病问题上。以霍乱流行为例,各地政府都进行了某种卫生改革,主要集中在供水和污水处理系统以及垃圾处理的政策规定方面。伴随着这种对“健康不是一种医学现象而是一种社会现象”的理解,出现了与传统不同的健康观念,即社会医学思想。它起

---

① Doll R., “Health and the Environment in the 1990s”, *Am J Public Health*, 1992, pp.33—41; Habersack M., Luschin G., “WHO-Definition of Health Must be Enforced by National Law: A Debate”, *BMC*, 2013, pp.14—24.

② Saracci R., “The World Health Organisation Needs to Reconsider Its Definition of Health”, *BMJ*, 1997, pp.9—10.

③ Iris Borowy, *Coming to Terms with World Health: The League of Nations Health Organisation 1921—1946*, Peter Lang GmbH, 2009, p.19.

④ Norman Sartorius, *The Meanings of Health and its Promotion*, *Croat Med J*, 2006 Aug., 47(4), pp.662—664.

源于 19 世纪,概念的核心是“强调疾病的社会决定因素,并采用相对应的卫生保健方法”。<sup>①</sup>这一概念是工业化发展的产物,工业化催生了新兴的工人阶级,结核病和霍乱等疾病的广泛传播凸显了工人阶级的居住环境过度拥挤、卫生基础设施缺乏等贫困生活条件对公共卫生的灾难性影响。从鲁道夫·魏尔肖(Rudolf Virchow)开始,19 世纪关于卫生改革和疾病预防的讨论就包含了一种独特的社会医学成分。到 1917 年,除流感外,当时主要传染病的病原体均已被发现,在其他病原体无须进一步明确的情况下,主流医学在疾病病因学的论述上更容易接受社会医学的观点。与此同时,卫生学家为社会医学运动提供了有影响力的理论基础。不久,社会医学概念进入欧洲的医学和公共卫生课程,德国柏林大学设立了社会医学讲席,并建立了多所社会医学学院。<sup>②</sup>社会医学观点很少强调特定疾病,因为其基于不利的社会条件迟早会导致某种疾病的假设,认为特定疾病没有社会整体环境重要。同时,这种方法模糊了健康与疾病的界限,表明在不利的社会条件下,健康可能会先受到损害,然后才有理由对可识别的疾病进行诊断。这种社会健康观的主旨是预防而不是治疗,它强调责任属性,因为健康状况决定着社会政策和个人适当的生活方式的选择。它结合了集体和个人对健康的看法:社会环境是集体的责任,对个体健康产生影响,而个体又能够决定如何利用现有条件维护健康。<sup>③</sup>

两次世界大战期间,健康还被视为一个政治问题。这一理念与社会医学方法的不同之处在于,它更关注整个社会的情况,强调个体的健康只有在纳入公共统计数据时才具有意义。一些科学家批评世界卫生组织“完全福祉”的健康定义,提出要重新定义健康,使其成为一个现实的、可测量的数量。<sup>④</sup>这一观点下的典型措施包括收集统计数据、死亡原因分类、开展大规模疫苗接种、出台一系列生育政策和检疫法规等。与其他两个概

---

① Dorothy, Roy Porter, “What was Social Medicine? An Historiographical Essay,” *Journal of Historical Sociology*, 1989, pp.90—106.

② Christine Antoni, *Sozialhygiene und Public Health, Franz Goldmann (1895—1970)*, *Abh Gesch Med Naturwiss*, 1997, pp.37—41.

③ Iris Borowy, *Coming to Terms with World Health: The League of Nations Health Organisation 1921—1946*, pp.35—36.

④ Saracci R., “The World Health Organisation Needs to Reconsider Its Definition of Health,” *BMJ*, 1997, pp.1409—1410.

念相比,这个概念看似冷酷无情,但实际上,政府希望拥有尽可能多的健康市民,如果居民死亡人数过多,国家就会面临崩溃的风险。在两次世界大战、大萧条和民族主义浪潮的共同作用下,官僚机构与公民在健康领域的互动越发频繁:公民越发习惯于在公共问题上依赖国家,期望国家提供更多的医疗保健、住房、食品管制等服务,公民就可以利用这些服务来保护自己的身体健康,从而更多地参与国家建设,提升国家实力。第一次世界大战致使欧洲 800 多万人死亡。随后,东欧的流行性斑疹伤寒和世界范围的流感,造成 3 500 万人甚至可能多达 5 000 万人死亡,约 2 000 万人受伤。<sup>①</sup>健康和父权主义安全感的大规模丧失,促使国家扮演起“家长”的角色,承担起保障“家庭健康”的责任。对一个国际机构来说,这种将健康视为一个政治问题的总体性理解具有模糊性。国际联盟卫生组织(The League of Nations Health Organization, LNHO)强调公共部门参与公民卫生健康服务的重要性,推动了卫生健康服务的非私有化进程。但由于该组织与国家政府的权威形成竞争,它也与非私有化的发展趋势相矛盾。

在实践中,这些关于健康的不同概念在一定程度上相互重叠,但也存在基本的差异,逐渐形成这一时期关于健康话语的隐性争议,并衍生出贯穿全球卫生发展过程的两种基本的医学观念。

## (二) 两种医学观与两种国际卫生规范

基于对健康概念的不同理解,在全球卫生发展的漫长历史进程中,逐渐产生了两种医学观念,即生物医学观与社会医学观。具体而言,生物医学观的倡导者是以美国为首的先发国家,强调“健康是一种商品”。在假定人口健康是经济增长的副产品的情况下,将国际卫生视为保护地方、国家和全球经济的一项工具,以 20 世纪 50 年代根除疟疾的方案为例,它基于对西方先进的医疗卫生技术的依赖,通过垂直管理的方式对单一传染病开展防治工作,将国际卫生视为对全球经济增长的一种贡献。而社会医学观的倡导者是以苏联为代表的社会主义国家,强调“健康是一种人权”,要通过促进医疗和社会改革,改变引发流行病的生活条件、改善人民福利、促进国家间的团结,实现对健康与卫生的整体干预,主要路径就是投

---

<sup>①</sup> Alfred W. Crosby, *America's Forgotten Pandemic: The Influenza of 1918*, Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

入大量国家人力、物力及财政资金,构建比较完善的覆盖全民的卫生基础设施和国家卫生系统,还要通过教育体系培养卫生从业人员,倡导践行与社会主义意识形态相符的免费医疗。

在两种不同的医学观念的影响下,产生了两种全球卫生治理规范。规范作为一种社会学概念,学界对其最经典的定义是:“规范是指具有给定身份的行为体适当行为的准则。”<sup>①</sup>在建构主义学者看来,国际规范是一种观念结构,尽管国际规范表现为一种观念形式,但其并非为个人持有的观念,而是集体性的。国际规范不是个体观念的简单集合,具有主体间性,属于结构层次的概念。当个人拥有的原则性观念被众多行为体接受的时候,就成为一种规范,由共同体持有。<sup>②</sup>就内容而言,国际规范包含行为性和义务性两个方面的内容。行为性表示国际规范是指导行为体行为的规范,其不仅表达何种行为正在发生,还告诉我们什么行为将会发生,其揭示了行为体行为的稳定性和规律性。国际规范描述的行为还包括“应然”和共同价值评判的实质,这就是规范的义务性:国际规范有一种事务应当被遵守的义务感。

本文认为,两种医学观分别对应两种全球卫生治理规范,即通常所说的垂直与水平的治理模式,其中垂直模式指的就是针对单一疾病的控制模式,而水平模式则指以全民健康覆盖为目标的政策议程。垂直的单一疾病控制模式与水平的全民健康覆盖议程都属于一种具有给定身份的国际行为体关于适当的国际卫生治理模式和路径的行为准则,它们作为全球卫生领域行为体观念的一种集合,在规范倡导者开展的说服战略下实现规范的不扩散,同时进行规范竞争,呈现不同时期的阶段性特征,并在不同阶段占据全球卫生治理模式的主导地位。以全民健康覆盖为例,在 1978 年阿拉木图会议时,这项规范达到发展的顶峰,在全球卫生治理领域占据主导性的认同,获得当时绝大部分国家行为体的接受。就内容而言,两项规范一方面指导行为体选择具体方式开展卫生治理,告诉行为体某种全球卫生的理想和愿景将在坚持这项国际规范的道路被实现;另

① [美]玛莎·芬尼莫尔、凯瑟琳·斯金克:《国际规范的动力与政治变革》,载[美]彼得·卡赞斯坦、罗伯特·基欧汉、斯蒂芬·克拉斯纳编:《世界政治理论的探索与争鸣》,秦亚青等译,上海人民出版社 2006 年版,第 299 页。

② 黄超:《说服与国际规范传播》,上海人民出版社 2022 年版,第 30 页。

一方面,也对行为体应当坚持和遵守这一规范提出政治承诺和行动上的要求,其在很大程度上界定了国际行为体的身份、利益和偏好。

规范是一种包含着内在矛盾的过程性存在,规范在实践的过程中存在模糊性,加之规范环境的不断变化与不同规范之间的相互碰撞,使得矛盾与争论成为国际规范变动的双重动力。以上两种全球卫生治理规范几乎自诞生之日起就处于相互竞争的状态,在漫长的全球卫生历史中,它们的发展变迁并非单一的线性上升过程,而是呈现波浪式起伏,历经多个发展的低谷与高潮阶段。

## 二、从国际协定到国际机构： 两种医学观在机构间的摇摆

自 1851 年第一届国际卫生大会起,到第一次世界大战爆发前,世界上已经建立起多个具有较大影响力的国际卫生组织。它们以防止传染病的传播和促进国际贸易为主要目的,定期召开区域性的国际卫生大会,针对传染病防控问题开展讨论。国际卫生组织通过签署国际卫生协定或公约,促进传染病信息的收集与国际交换,形成一定的国际合作应对机制。

从历史上看,霍乱是 19 世纪世界上最重要的流行病,其伴随着大规模移民和海上贸易的扩张,特别是与殖民地港口的贸易,刺激了各国政府在国际卫生方面的第一次协调决策。过去,商人常常拒绝对货物和乘客进行任何卫生控制<sup>①</sup>,从 1851 年开始,西欧和美国组织了一系列的国际卫生会议(到 1913 年已经召开 11 次)<sup>②</sup>,这些会议最初的目标是改善和规范检疫措施,并对疑似患有霍乱的乘客采取标准化的强制隔离措施。<sup>③</sup>他们在完善 19 世纪初表述含糊不清且存在争议的海上检疫规则和强制隔离方面

① Hardy, Ann, *Cholera, Quarantine and the English Preventive System, 1850—1895*, *Medical History*, 1993, 37(3), pp.250—269.

② Colin McInnes, Kelley Lee, Jeremy Youde, *The Oxford Handbook of Global Health Politics*, Oxford University Press, 2020, p.43.

③ Howard-Jones, Norman, *The Scientific Background of the International Sanitary Conferences, 1851—1938*, Geneva: World Health Organization, 1975.

取得进展,并促进商人、外交官和卫生部门领导人达成共识。这些会议作出的有效决策经历了一段时间。最初,由于外交官和医生之间的分歧以及医生之间的争论,第一届国际卫生大会几乎没有达成共识。例如,会议上许多代表花了一些时间才接受英国医生约翰·斯诺(John Snow)的发现,他从 1850 年开始一直认为,霍乱可以通过被病人粪便污染的水在城市传播,这就意味着安全的供水和污水处理系统是最有效的传染病控制措施之一。相反,许多医生认为,这种疾病不是通过直接接触传播的,而是由垃圾和污水中的瘴气引起的,只能通过改善当地的卫生条件来解决。<sup>①</sup>

1871 年,在阿根廷布宜诺斯艾利斯爆发的黄热病大流行夺去了数千人的生命,这证明了这种疾病并不像以前认为的那样局限于加勒比地区,而是可以扩散到世界各地。美国和古巴推动将黄热病列入国际会议议程:古巴医生卡洛斯·芬利(Carlos Finlay)在这一过程中发挥了重要作用,他在 1881 年华盛顿卫生会议上提出,埃及伊迪斯蚊子是传播黄热病的原因,因此控制蚊子的数量是控制疾病传播的关键。然而,他的发现并没有产生新的国际卫生协议。在同一次会议上,美国政府也未能获得其他国家政府关于为入境美国船只提供健康证明的相关法案的支持。由于沃尔特·里德(Walter Reed)领导的美国军事委员会于 1900 年之后在哈瓦那工作<sup>②</sup>,芬利研究的相关实验证据在几年后出现,这些工作帮助公共卫生医生降低了哈瓦那和美洲城市的黄热病发病率。

为了拓宽卫生会议的工作,欧洲和美国的政府和医学界领导人于 1903 年达成第一个主要的全球卫生协定《国际卫生公约》(International Sanitary Convention, ISC),后被称为《国际卫生条例》(International Health Regulations, IHR)。会议还要求建立一个新机构,以收集汇总关于流行病爆发的数据信息,并监督公约的执行情况,这就是国际公共卫生办公室(International Office Of Public Hygiene, OIHP)的起源,这个新机构于 1907 年至 1946 年在巴黎运作,设有一个常设秘书处,由外交官和公共卫生官员组成的委员会定期举行会议。由于其相当数量的官员是外交

---

① Colin McInnes, Kelley Lee, Jeremy Youde. *The Oxford Handbook of Global Health Politics*, p.44.

② Espinosa, Mariola. *Epidemic Invasions: Yellow Fever and the Limits of Cuban Independence, 1878—1930*, Chicago: University of Chicago Press, 2009.

官,因此这是一个政治和医疗目标难以共存的机构。<sup>①</sup>第一次世界大战削弱了该组织的权威,在此期间,欧洲国家之间基本没有合作,而在战争结束时,其他机构出现了。例如,自1919年以来,人道主义的红十字会国际联合会一直负责志愿工作,而国际联盟在日内瓦建立了国际联盟卫生组织。尽管美国政府在这一时期因其孤立主义政策而选择不加入国联,但美国卫生当局同时是国际联盟卫生组织和国际公共卫生办公室的成员。由于这两个机构的成员国之间存在敌意(例如,法国是国际公共卫生办公室的捍卫者,但不支持国际联盟卫生组织),所以组织难以合并。然而,国际联盟卫生组织的领导人路德维克·拉齐曼(Ludwik Rajchman)通过研究推动药物和治疗标准化以及促进改善世界各地穷人的生活条件,成为解决疾病跨国传播问题的倡导者。<sup>②</sup>带着这种社会医学观,拉齐曼和国际联盟卫生组织的其他工作人员试图在西欧以外,包括中国、玻利维亚和希腊,推广医疗和社会改革。<sup>③</sup>1937年,在印度和中国的提议下,国际联盟卫生组织在印度尼西亚万隆组织了一次具有里程碑意义的农村卫生会议,会议强调农民占低收入国家人口的绝大多数,提出要关注农民健康的社会医学观点。<sup>④</sup>然而,在第二次世界大战前的几年里,拉齐曼不得不放弃国际联盟,因为国际联盟卫生组织的负责人奉行对纳粹德国的绥靖政策,被认为是政治上的“激进分子”。除此之外,由于众所周知的原因,国际联盟的行动能力有限,尽管人们对该机构寄予厚望,但它没有足够的政治影响力来捍卫世界和平。因此,在第一次世界大战结束后的1919年至第二次世界大战爆发的1939年期间,这两个官方的国际卫生机构既缺乏权威性,也缺乏合法性。拉齐曼的离职也正说明在国际卫生的关键时期,政治远

---

① Paillete, Céline, *Diplomatie et globalisation des enjeux sanitaires; Camille Barrère, un itinéraire diplomatique du Caire à l'Office international d'hygiène publique (1883—1926)*, Hypothèses, 2014, 17, pp.129—138.

② Balinska, Marta, *Une vie pour l'humanitaire; Ludwik Rajchman (1881—1965)*, Paris: Editions La Decouverte, 1995.

③ Borowy, Iris, *Uneasy Encounters: The Politics of Medicine and Health in China, 1900—1937*, Frankfurt am Main, Germany: Peter Lang, 2009b.

④ Brown, Theodore M., and Elizabeth Fee, “The Bandoeng Conference of 1937: A Milestone in Health and Development,” *American Journal of Public Health*, 2008, 98(1), pp.42—43.

远优先于医疗卫生事项。

这一时期的另一个重要组织是于 1913 年在纽约成立的洛克菲勒基金会(Rockefeller Foundation)。基金会与欧洲的热带医学院,特别是英国的伦敦和利物浦医学院进行了广泛合作,这些医学院的领导人通常具有殖民地的视角:在英国和其他欧洲国家,为确定困扰殖民地人民的主要传染病的起源和传播途径而进行的科学研究,是基金会和热带医学全球叙事的一部分。基金会成员、热带医学院成员、国际机构成员和社会医学支持者经常参加同样的会议,在专业期刊上发表文章,并在殖民社会的医疗方案中工作,从而建立了一个反映和确立权力关系的国际卫生专家知识网络。<sup>①</sup>与前两个国际卫生机构不同,洛克菲勒基金会声称不代表任何政府,是第一个专注于国际卫生的大型私人慈善机构。该组织由洛克菲勒石油公司资助,其医疗目标是在贫穷国家控制钩虫病、黄热病和疟疾,在欧洲控制传染病和慢性病,并在全球推广一种培训医生和卫生人员的生物医学模式。毫无疑问,作为 20 世纪上半叶财力最强大的国际卫生组织,它拥有最多的职员,确实解决了一系列问题。

从 20 世纪初巴西钩虫病防治的案例中,我们可以洞察到两种疾病治理模式的分野,规范竞争在其中有迹可寻。洛克菲勒基金会在 20 世纪初曾将根除疾病作为目标,1909 年,洛克菲勒的资金资助了根除钩虫病的卫生委员会,1913 年洛克菲勒基金会作为一个专注于医药和卫生问题的慈善组织正式成立,设立了负责国外卫生工作的洛克菲勒基金会国际卫生部。由于基金会强烈的生物医学导向,它明显重视生物医学技术知识,而不是范围更广的社会决策因素在解决健康卫生问题方面的应用。洛克菲勒基金会的“慈善的普遍特征”意味着科学知识在其应用过程中的普遍性;同样的方法可以应用于完全不同的政治和社会土壤,甚至能够应用于没有基本卫生基础设施的国家。这种技术手段符合洛克菲勒基金会避免介入政治的考量以及美国在进步主义时代(1900—1917)十分明显地解决社会问题的技术方法的整体趋势。这种技术的优点是立即产出可量化的

---

<sup>①</sup> Neill, Deborah J., *Networks in Tropical Medicine: Internationalism, Colonialism, and the Rise of a Medical Specialty, 1890—1930*, Stanford, CA: Stanford University Press, 2012.

结果,而这些结果还被用作资金支出的正当理由。这正是在生物医学观指导下,资助根除钩虫病项目成为 20 世纪早期洛克菲勒基金会在垂直治理模式中的重要案例。而钩虫病被视为最严重的“被忽略的热带病”之一,与贫困和缺乏卫生条件有着密切联系。弗雷德·洛索珀(Fred Lowe Soper, 1893—1977)是 20 世纪主要的疾病根除主义者,于 1920 年加入洛克菲勒基金会国际卫生部,当他在同年 2 月抵达巴西时,洛克菲勒基金会已经在当地开展了 3 年的钩虫病防治工作。但是巴西幅员辽阔、农村地区贫困且卫生基础设施匮乏,这意味着,尽管洛克菲勒基金会的诊疗所很受欢迎,但根除工作不在其考虑范围内。事实上,该病被证明并不是一个很好的实施疾病根除项目的选择,因为洛克菲勒基金会偏好技术解决方案而不是社会解决方案。根据大多数的报告,在长期减少海外钩虫病发病率方面,国际卫生部并未取得有效进展。洛克菲勒基金会在识别和治疗受感染者时采取了劳民伤财的方法。钩虫病首先是一种社会苦难,因而除非切实改善钩虫感染肆虐的农村贫困人口的生活水平,否则钩虫病是不可能被根除的。需要做的是改善住房条件、提高收入、改善饮食与室内卫生条件并让人们习惯穿鞋。20 世纪 20 年代初,洛克菲勒基金会安排约翰·霍普金斯大学卫生和公共卫生学院的 W.W. 科特(W.W. Cort)博士开展对特立尼达岛、波多黎各和中国的钩虫病流行病学研究。这些研究显示,凭借当时使用的方法,根除钩虫病的理想是不可能在规定时间内实现的。因此,到 20 世纪 20 年代末,国际卫生部的钩虫病救治行动悄然结束。<sup>①</sup>

在两次世界大战期间,各卫生国际机构的不同医学观点并存,其中的一些传染病案例体现了水平与垂直治理规范的初次交锋。然而,这一时期的国际卫生组织的职能较为有限,卫生工作主要集中在区域性的传染病防控,而且主要以信息收集和发送为工作重点,本身并不具有采取实际行动的能力,所通过的相关公约也缺乏执行力和约束力,更重要的是,关于如何控制疾病,不同机构及相关支持国家在两种医学观念的指导下有着不同的行动模式,所取得的传染病防控成效不足。

<sup>①</sup> 参见[美]南希·丽斯·斯特潘:《战疫:传染病能否根除?》,郭骏、赵谊译,生活·读书·新知三联书店 2020 年版。

### 三、战疫：生物医学观与世卫组织有限自主性

新的联合国国际卫生机构世界卫生组织于 1948 年在日内瓦成立，取代了其他欧洲机构，但世卫组织与泛美卫生组织达成协议，成为其在美洲的区域代表。世卫组织成立时的创始文件提出了一种具有远见卓识的观点，即健康不仅意味着没有疾病，更是一项基本人权和国家义务。<sup>①</sup>世卫组织第一任总干事是加拿大精神病学家布洛克·奇泽姆(Brock Chisholm)，他于 1948 年至 1953 年任职。

然而，世卫组织自 1948 年成立以来，就不得不在美苏冷战的背景下开展工作。资本主义国家试图遏制苏联向世界新地区的扩张，而苏联则加大力度干预那些因其地理位置而在政治上具有重要意义的国家的内政，结果是两个超级大国之间的关系变得更加紧张。1949 年至 1956 年，苏联以对联合国和世卫组织开展的工作不满这一理由退出了世卫组织<sup>②</sup>，然而，其根本原因是美苏两国对公共卫生的看法截然相反。在当时苏联的社会主义制度下，私人医疗是被禁止的，医疗服务是国有化的，而在美国，医疗领域呈现出私营和公共部门医生混合经营的模式且私营医院地位较高这种状况占了上风。苏联认为社会发展问题和健康卫生问题有着直接关系，将疾病背后的根本原因归结为全国人民不稳定的工作条件和资本主义的剥削。

1955 年 7 月，苏联决定重返世卫组织。苏联领导人赫鲁晓夫以“和平共处”和去斯大林化的目标为指导，提出帮助新兴的贫穷国家摆脱欧洲殖民大国和美国的经济依赖，实现政治和经济独立。冷战引发美苏两个超级大国在低收入国家之间的霸权竞争。20 世纪 50 年代末和 60 年代末，亚非拉出现的非殖民化和“第三世界”运动的浪潮，引起人们对这些国家

---

<sup>①</sup> Cueto, Marcos, Theodore Brown, and Elizabeth Fee, *El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría*, Apuntes; Revista de Ciencias Sociales, 2011, 38(69), pp.129—156.

<sup>②</sup> Neville Goodman, *International health organizations and their work*, London: Churchill Livingstone, 1972, pp.202—203.

的关注。这些国家的政府经常敏锐地利用自己的新独立性，向多边组织寻求技术援助。正是在冷战紧张关系的背景下，世卫组织开始具有一定的自主权。1953年，巴西人马戈林诺·坎道(Marcolino Candau)当选世卫组织第二任总干事。此时，世卫组织巩固了其作为政府间国际组织的威望；许多世卫组织工作人员试图表明他们对该机构的忠诚，而不是对本国政府的忠诚；世卫组织大会也获得合法性；世卫组织就诸如生物标准化、医学教育和疟疾控制等一系列问题，在专门委员会的讨论中形成专家知识共同体；在1969年成功制定主要针对霍乱、鼠疫、天花和黄热病的具有法律约束力的《国际卫生条例》。<sup>①</sup>尽管如此，由于财政原因，世卫组织的独立性是相对的，在战后，美国作为世卫组织的主要资助者，贡献了世卫组织总预算的三分之一以上。因此，美国通常拥有多数投票权，加之拥有资金充足的双边国际卫生机构，美国政府在国际卫生事务上保持着自身的独立性。在国际卫生史上，医学和政治再次以一种有利于后者的组合出现。

坎道于1958年、1963年和1968年再次当选世卫组织总干事，并一直担任该职位至1973年。在20世纪50年代和60年代初，最重要的全球卫生治理方案就是所谓的“垂直运动”，力求通过某些技术手段根除某一特定传染病。从西方国际防疫经验来看，当知道一种疾病的传播途径后，通过技术手段切断疾病的传播途径就可以解决传染病防治问题。以一种典型的传染病——疟疾为例，当科学研究发现疟疾的传播媒介是按蚊后，生物医学观认为通过杀死传播媒介，切断传播途径就能实现阻断疾病传播的目的；在已经感染疟疾的情况下，使用羟氯喹(HCQ)等用于预防和治疗疟疾的药物也可以挽救被感染者的生命。冷战也起到支持根除疟疾运动的作用，美国和其他西方强国的领导人意识到组织并服务乡村民众的项目具有的意识形态风险，因而也更加偏爱垂直的、针对特定疾病的计划。<sup>②</sup>因此，在生物医学观指导下的“垂直运动”认为国际卫生合作的重心应当

① Fidler, David P., *The Globalization of Public Health: The First 100 Years of International Health Diplomacy*, Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79(9), pp.842—849.

② Socrates Litsios, “Malaria Control, the Cold War, and the Postwar Reorganization of International Assistance,” *Medical Anthropology* 17, No.3 1997, pp.255—278.

被放置在那些危害国际社会的重大传染病上,而消灭天花、疟疾等传染性疾病与各国国内卫生基础设施和系统无关。这一理念对于一些高收入国家有利,特别是以美西方为代表的资本主义国家,从国家安全的角度来说,这是一种保护本国领土免受外来疾病侵袭的手段;从经济利益的角度来说,在 20 世纪 50 年代初,美西方工业化国家的投资遍布全球,此种规范指导下的工作也是对一些美国行业的间接补贴,因为它们为采购美国药品和医疗技术提供了途径。以疟疾为例,当时用于控制携带疟疾的蚊子而广泛推广的杀虫剂双对氯苯基三氯乙烷(DDT)主要是由美国的石油公司生产的,这些公司在根除疟疾运动中占据了销售杀虫剂的重要市场。与垂直模式相反,广大发展中国家则更热衷于高水平的卫生治理模式,发展中国家认为传染病不仅是一个医学和科学领域的疾病议题,还是和广大发展中国家的社会经济发展紧密绑定在一起的问题。仍以疟疾为例,疟疾的传播媒介蚊子与水源紧密相连,水是蚊子产卵繁殖的媒介,且干净的水源更容易滋生蚊子,而水源又与以农业经济为主的发展中国家农业生产紧密相关。若仅致力于通过消灭蚊子来防控疟疾,无法从根本上解决问题,此外,发展中国家缺乏一定规模的受过教育和专业培训的医疗技术人员,通过打疫苗、输液等方式来治疗数量庞大的感染者也存在较大困难。因此,发展中国家认为最重要的不是提供杀虫剂、药物、疫苗等医学技术支持,而是应当从一开始就建立一个完整的卫生体系,初级卫生保健的最初概念也由此形成。

最终,世卫组织在 1955 年举行的第八届世界卫生大会上发起了轰轰烈烈的全球根除疟疾运动,不过该运动未能实现目标。但在对疾病控制方案的辩论中,国际卫生史上最重要的成功出现了:天花被正式根除。1958 年,在第 11 届世界卫生大会上,苏联提出了全球根除天花的议案,被大会全票通过,世界卫生组织启动了“根除天花规划”。但是,由于美苏两国长期的敌对状态、世卫组织的资金短缺等原因,该规划并未及时付诸行动。1966 年,美苏关系缓和后,两国达成共识,在第 19 届世界卫生大会上通过此项决议,将根除天花项目列入世界卫生组织正规预算,启动“根除天花加强规划”,同时,成立根除天花工作组,协调各国的天花根除计划并提供技术与经济方面的支持。作为 20 世纪 60 年代和 70 年代制定的一项计划的结果,天花被根除的一个重要支持性因素是美苏冷战

的缓和。<sup>①</sup>在世卫组织根除天花的规划中,实施的方法主要聚焦于大规模的疫苗接种、监控和围堵。<sup>②</sup>尽管世卫组织抗击天花运动的成功恢复了该机构由于根除疟疾失败而被大大破坏的政治声望,但在一些人看来,天花根除运动仍然是不够充分的,因为在许多地区,它没能成功建立起服务于长期效应的基础设施。这项运动自上而下的做法后来遭到社区初级卫生保健倡导者的批评,因为它将技术解决方案置于对地方性环境和更广阔的基础设施的考虑之上,甚至有时以牺牲干预对象人群的能动性为代价。同时,天花根除运动使得殖民医学话语的延续成为可能。<sup>③</sup>

在 20 世纪,世界卫生组织作为最大的政府间国际卫生组织,其自身职能的发挥效果时常受到国际形势的影响,也受制于大国的竞争和合作,特别是在关于遵循何种规范开展疾病防控和治理上,世界卫生组织内部也常常会出现争论的声音。

#### 四、社会正义:社会医学观与 初级卫生保健的兴起

鉴于后殖民时代风云变幻的国际政治以及诸如根除疟疾计划这样大规模干预行动的失败,“垂直”的国际卫生和发展的主导模式受到许多国际卫生学者的质疑,20 世纪 70 年代全球公共卫生优先议题的重新布局引发关于“水平”卫生干预的广泛国际讨论,并且促成初级卫生保健运动的产生。

卫生专家在根除天花的讨论过程中形成初级卫生保健的概念,初级卫生保健作为社会医学观念指导下的高水平的卫生治理规范的重要实现路径,出现于 20 世纪 60 年代末,当时美国霸权正深陷越战泥潭,更多的非

---

① Reinhardt, Bob H., *The End of a Global Pox: America and the Eradication of Smallpox in the Cold War Era*, Chapel Hill: University of North Carolina Press, 2015.

② Muraskin, William, *The Politics of International Health: The Children's Vaccine Initiative and the Struggle to Develop Vaccines for the Third World*, Albany: State University of New York Press, 1998.

③ [美]保罗·法默、金塘、凯博文、马修·巴西利科编著:《重新想象全球健康:导论》,常姝译,上海译文出版社 2020 年版,第 78 页。

洲和加勒比国家正在从欧洲殖民统治下获得独立,反帝国主义运动如火如荼,加拿大和西欧通过自身复苏的成果帮助低收入国家建立了社会和公共卫生基础设施。初级卫生保健受到以下几方面的影响:第一,1974 年一份以加拿大卫生部长马克·拉隆德(Marc Lalonde)命名的著名报告概述了决定特定人群健康的四个因素,即生物特性、卫生服务、环境和生活方式,报告强调卫生服务的现代化与其他社会医学因素密切相关。第二,没有公共卫生背景的社会科学家批评这样一种观点,即医学院毕业生人数的增加带来工业化国家的良好健康状况。第三,初级保健的灵感来自中国流行的“赤脚”乡村医生模式,他们是生活在其服务的社区的卫生工作者团体的一部分,这些医生更重视农村卫生服务而不是城市卫生护理,通过中西医结合的方式开展卫生预防和服务工作,取得良好效果。第四,在 20 世纪 70 年代早期,一些机构——主要是联合国儿童基金会、国际劳工组织和美国国际开发署,不再强调技术援助方案,而采用“基本人类需求”方法,优先考虑营养、计划生育、卫生基础设施建设和农村地区基础教育等一系列综合方案。<sup>①</sup>许多公共卫生领导人深受影响,包括 1973 年当选世卫组织总干事的哈夫丹·马勒(Halfdan T. Mahler),他正是初级卫生保健的坚定支持者,在许多文章中,马勒都在为健康应该是发展的工具而不仅是经济进步的副产品的观点辩护。<sup>②</sup>

1978 年 9 月由世卫组织和联合国儿童基金会在阿拉木图组织召开的国际初级卫生保健会议让初级卫生保健运动达到顶峰,《阿拉木图宣言》提出一个雄心勃勃的目标:“到 2000 年人人享有初级卫生保健。”然而,这一目标很快遭到反对,反对者认为《阿拉木图宣言》过于理想化,因为它的时间表过于雄心勃勃,“到 2000 年人人享有初级卫生保健”的目标含糊不清。在阿拉木图会议一年后,出现一个新的概念:选择性初级卫生保健(Selective Primary Health Care, SPHC)。1979 年,洛克菲勒基金会和联合国儿童基金会开始致力于制定针对婴儿疾病的具体干预措施,在 20 世纪 80 年代,GOBI 四个字母指代这些内容,即生长监测、口服补液、母乳喂养

---

<sup>①</sup> Colin McInnes, Kelley Lee, Jeremy Youde, *The Oxford Handbook of Global Health Politics*, p.57.

<sup>②</sup> Socrates Litsios, *The Third Ten Years of the World Health Organization, 1968—1977*, Geneva: World Health Organization, 2008.

养和免疫接种。

在阿拉木图会议之后的几年里，这两种国际卫生保健方法产生冲突。初级卫生保健要求医生和社区负责人合作，以建立多功能保健站和保健中心，这种合作也将促进改善穷人的生活条件。而选择性初级卫生保健得到公共卫生专家的支持，他们认为有限制地推广初级卫生保健，应当优先使用现代技术，并重视卫生专业人员在控制特定疾病方面的作用。包括马勒在内的初级卫生保健的支持者认为，选择性初级卫生保健是一种类似于垂直项目的技术手段。此外，还有批评人士指出，一些干预措施具有复杂性：促进母乳喂养将违背支持人工婴儿配方奶粉的强大工业的利益，而补液计划只不过是对于没有安全供水系统的社区的一种权宜之计。世界卫生大会试图克服其中一些问题，并于1981年批准《国际母乳代用品销售守则》，禁止向公众宣传这些产品，但只有少数国家有效地执行了该守则。

马勒在阿拉木图会议之后提出的概念面临的一个问题是，不清楚初级卫生保健该如何获得资金支持。与其他运动（如20世纪50年代的疟疾根除运动，其资金主要来自美国）不同，世卫组织没有为初级卫生保健提供大量资源。另一个问题是，在贫穷国家工作的很大一部分医疗专业人员的个人目标是在专门的城市医院工作，医生抵制初级卫生保健，因为他们认为这不是基于科学研究，且认为传统医学原始而无效。结果，初级卫生保健没能成为卫生系统的中心；相反，大多数政府采用了GOBI，或一些GOBI项目下的干预措施，如免疫接种等，并将其转变为垂直项目。20世纪80年代中期，马勒发现自己在世卫组织内部寻求推动更广泛的初级卫生保健工作时，基本上处于孤立状态，在1988年，他结束了自己作为世卫组织总干事的第三个任期。<sup>①</sup>

社会医学观指导下的高水平治理规范的一个典型案例是中国的“赤脚医生”制度以及拉美、孟加拉国和菲律宾以社区为基础的保健方案，这些实践在一定程度上推动建立了根植于初级保健全民覆盖的公共卫生系统。联合国妇女儿童基金会在1980—1981年年报中总结道：中国的“赤脚

<sup>①</sup> Walt, Gill, *WHO under Stress: Implications for Health Policy*, Health Policy, 1993, 24(2), pp.125—144.

医生”模式为落后的农村地区提供初级护理,为不发达国家提高医疗卫生水平提供了样板。<sup>①</sup>对于发展中国家特别是社会主义发展中国家而言,发展医疗卫生健康事业,体现公益性,不走全盘市场化和商业化道路是十分重要的。然而,基于成本效益分析路径的选择性初级卫生保健模式则彰显了垂直管理模式在 20 世纪 80 年代的胜利。初级卫生保健从顶峰到谷底的兴衰历程正是水平与垂直的卫生治理规范竞争的结果。

总体而言,两种医学观及其指导下的卫生治理规范从根本上反映的是社会主义与资本主义意识形态对公共卫生的不同理解。生物医学观认为在其指导下能够产出有成本和效益可供分析的项目,世卫组织在社会医学观指导下做的工作是空谈且无意义的,并且社会医学观所倡导的构建卫生系统远水解不了近渴;而社会医学观认为生物医学观不考虑社会差异,是一种治标不治本的策略,难以从根本上解决问题,其认为构建全民卫生系统才是能够治本的长远之计。然而要知道,防止传染病的治本工作是极具挑战性的,其与各国发展水平高度绑定,而冷战时期各国政治稳定和经济发展水平各不相同,这项工作需要非常深厚的社会基础。这两种医学观念的竞争与调和一直持续到 21 世纪的今天,重新回顾和梳理它们的历史有助于我们理解当代的全球卫生问题。

---

① 李明子:《赤脚医生:村医特殊的时代身份》,《中国新闻周刊》2021 年 11 月 8 日。