

第
二
十
四
期

Number 24: GLOBALISATION AND HEALTH

全球化与健康

作者 史提夫·福奇

By Steve Fouch

世界作为一个巨大的市场给我们赢来了新机会- 交流新思想和技术，体验不同的文化，发展高效的生产方式。然而，反全球化的集会表明不是所有的人都对这种状况感到满意。全球化会扩大贫富差距，使越来越多的人处于完全的贫困中。穷人常常健康状况不良。本文评估经济全球化对健康的影响。

全球化建立在国家之间自由贸易的基础之上。全球化已经悄然溜进我们的言语正如它影响我们的生活那样迅速。看看我们穿的，吃的和用的吧：时尚服装来自如毛里求斯和巴基斯坦的国家，茶叶来自肯尼亚和斯里兰卡；香蕉来自向风群岛；您的手表可能产自日本或香港。拨一下手机的呼叫中心求助热线，电话在印度接听的可能性越来越大。

在这个全球化的世界，我们的生活变得非常便捷和高效。您可以在不到三个小时内从伦敦乘火车到达巴黎，或在 24 小时内乘飞机到达澳大利亚。您刚写完的文档可以在几秒钟内出现在世界任何地方的同事办公桌上。

然而，这种便捷的选择和舒适的生活，不是所有人都能支付得起的。富人能抓住全球化带来的好处并获得更多的财富，而穷人只能是进一步被甩在后面。事实上，随着非熟练和半熟练的工作被转移到贫穷的国家，富裕国家的穷人的状况变得更加糟糕。

这种不平衡部分是由所谓的“自由贸易”结构所导致。通过世界贸易组织（WTO），国际货币基金组织（IMF）和世界银行，西方工业化国家鼓励发展中国家免除商品的进口关税，并允许外国在同等条件下与本土行业竞争。从理论上讲，这样每个人都能自由平等地交易。

而事实上情况并不是这样。例如，在 2001 年马里开设了棉花产业的自由贸易，但该行业现正濒临灭亡。这主要是因为美国补贴自己那庞大而昂贵的棉花产业。美国农民向政府索要赔付以使他们能够维持高标准的健康和安全水平。但这补贴如此慷慨以至于他们可以将棉花运送到马里并以低于马里出产棉花的价格出售。这个模式已经在与整个美国和欧盟建立不平等竞争 [1,2,3] 的发展中国家复制。

结果这导致更大的贫困。那些依靠本地生产出口的人放弃自己的农场而选择在城市工作。他们的国家失去了税收，不能把更多的资金投入健康和

社会基础设施建设。这些对卫生 and 教育的削减又进一步增加了发展中国家向西方国家政府和金融机构的债务。[4]。贫穷的人住在滋生疾病的肮脏的棚户区和城内贫民区。

世界经济在 1973 年和 1998 年的 25 年间增长了 100%，然而约 100 个国家人均收入比十几年前更低，约 1.3 亿人生活在每天收入不到一美元的极度贫困中。这就是世界贸易如何影响数十亿人的健康和福祉的。

贫病交加

构成贫困和健康的因素是复杂的，而在这全球化的世界中，它影响着我们每一个人。耶稣说总是会有穷人，[5]这不只是陈述事实，也是一个控告。全球化不仅意味着随处可见的机会，同时也意味着责任。只要有穷人，富人就有看护的责[6]。

在一世纪，贫穷是可怕的，然而现在贫困的可怕已经超乎了我们的想象。4.4 亿生活在发展中国家的人中，五分之三的人缺乏卫生设施，三分之一无法饮用干净的水，五分之一不能享受任何形式的医疗或足够的膳食能量或蛋白质补充，[7]营

养不良人口的数量以每年 500 万的速度节节攀升[8]。

世界卫生组织 1995 年的年度报告指出，导致贫困的主要原因是一部分人未接种疫苗，儿童从污水中罹患痢疾，人们无法获得药物和其他治疗。

要解决问题并不简单。根据国际贫困和健康网络可知，仅仅使国家变得富裕起来并不会改善每个人的健康。提高国家的平均财富可能使富人越来越健康而穷人越来越不健康，从而加剧不平等，[9]这是因为新的财富往往到达富人手中，而医疗服务的改善使看医生往往更加昂贵。[10]

此外，新的财富通常在税收控制不严的情况下由快速发展的工业创造，新工厂导致更多与工业有关的疾病。[11]这可以从中国和菲律宾、越南的血汗工厂中看出。有充分的证据显示发展中国家工业化快速的经济增长是以人们的健康为代价的。[12]

最重要的是，政府很少公平分配卫生资源，因为那些有财富或接受过高等教育的人能为他们自己争取。因此，尽管大多数国家约 30% 的公共开支用于健康和教育，这通常是倾向富人的。例如，在印

度前 20% 的富人领受 3 倍于最贫穷的前 20% 的人的治疗医疗补贴，60% 的摩洛哥人可以使用清洁的水，而这在最贫穷的五大国家中仅仅 11% 的人能享有 [13]。

这就是说，增加收入可以改善如预期寿命和降低五岁以下儿童死亡率这些状况。富有的国家可以有更好的卫生设施，让更多的人获得医疗保健。富裕的人也可以吃得更好，住在有干净的水和卫生设施条件的更好的房子，并能直接或通过税收支付医疗费用。

那么，健康还是财富，到底哪个是第一位？政策的目标是改善健康状况让财富可以跟上来，还是提高财富让人们都能支付起健康费用？世卫组织前掌门格罗·哈莱姆·布伦特兰认为，健康创造财富，而不是财富创造健康。当人们的健康提高了，他们的谋生能力就会提高，随之医疗费用成本下降。减少捉襟见肘的卫生系统和非生产性人口的经济负担对国家及个人都有益。宏观经济学和卫生委员会（CMH）的一份报告表明，如果世界上最贫穷的国家的的基本健康保障了，全球经济将以每年

超过 1130 亿英镑的速度增加。而所造成的经济增长可能使数个国家摆脱贫困。[14]此外，每年可以挽救 800 万人的生命。

CMH 计算，如果发达国家每年给予 194 亿美元英镑，而发展中国家卫生支出增加 27.4 亿英镑，这种情况是可以实现的。这些都不是不合理的金钱。试想，在 2003 年 11 月美国动员了额外的 \$870 亿 (£530 亿美元) 来资助重建和在伊拉克正在进行的军事干预。而在此之前还有 \$710 亿美元用于第一阶段的战争。

没有实现这种理想情况的原因不是不能支付足够的金钱。存在的阻力不仅来自发达国家政治意志力的，[15,16]也来自发展中国家，[17,18]其中一些国家普遍政治腐败，政治家谋取私利，这导致这些国家处于持久的贫困中。诺贝尔经济学奖获得者阿马蒂亚·森称有新闻自由的不会发生饥荒的。他说，民主政府依赖民众的支持，因此他们不能忽视挨饿的人，自由的新闻媒体会报导政治的腐败和粮食的短缺从而引起政府官员和公众的关注。

于此同时，要从贫穷的情况中恢复很难，因为即使是最好的投资和良好的医疗保健计划也会因为缺乏完善的基础建设而遭到破坏。[19]

除了这一点，全球化已经推出了新的挑战。为寻找工作现代人流动性很大，跨国公司迁移工厂如同在游戏棋盘上移动棋子，这意味着有恒定的数以百万计的工人在全球流动。这些庞大的流动人口都易遭受疾病和贫困，他们也可以成为传播疾病的媒介。

医务人员流失

当经过培训的医务人员跨国迁移时，这种人才的流动能影响健康。大量工作人员从发展中国家向西方发达国家外流，医护人员短缺使发展中国家的医院仅仅勉强维持运行。

[25]

再者，穷人的损失是富人的收益。例如，约 24% 的 NHS 医生是经过国外培训，自 1964 年独立以来赞比亚卫生部已失去了经培训的 600 名医生中的 550 名。在乌干达，医生与人口的比例 1:24,000，[26]而在英国，这个比例

但是，您是否知道：

- 在撒哈拉以南的非洲地区，过去的二十年中健康状况并没有改善。[20]人均寿命只有 51 年，疟疾和结核病的发病率正在增加。[21]
- 在中部，南部和东部非洲部分地区约 30% 至 40% 的孕妇艾滋病毒呈阳性。[22]
- 世界上每年有 50 万人死亡，其中约 15 万为五年岁以下的儿童。
- 在世界范围内，每年有 400 万儿童死于急性腹泻，400 万死于呼吸道感染，而这两种疾病都是可以治愈的。
- 300 万儿童每年死于脊髓灰质炎、破伤风、麻疹、白喉、百日咳和肺结核感染，而这些都是可以通过免疫接种避免的。[23]
- 2000 年有 529000 孕妇死亡（一分钟一个），大多数是死于不安全的生产中。非洲妇女在分娩时死亡的概率是世界发达地区妇女的 175 倍。[24]

进一步行动和信息

眼泪基金：资金救助，发展和医疗，进行了一些在公平贸易的竞选工作。www.tearfund.org.uk

世界发展运动：一个纯粹的的组织，致力于改变英国和欧洲政府政策和国际组织（特别是国际货币基金组织（IMF），世界银行和 WTO。www.wdm.org.uk

医生无国界：涉及基本药物运动，提倡改变国际规则，让穷人能享受医疗，鼓励研究和开发用于治疗发展中国家的疾病的药物。www.accessmed-msf.org

约为 1:700。在菲律宾，护士们甚至训练到海外工作，而从来没有为自己的国家工作。因此，一些菲律宾医院，一个经过训练的护士要看护 50 个病人，而在英国，护士与病人的比例接近 1: 10。

此外，与护士一样，现在在医生，牙医和其他卫生专业人员经过培训到海外工作，收入是在菲律宾的 10 到 20 倍。[27]

由于很多人都留在英国、美国和加拿大工作，印度医生日益短缺。英国声称对于熟练的医务人员要施行合乎伦理的招聘政策，但有足够的证据表明，他们依然在积极招募医务人员[28]。

2002 年，大约有 13, 000 的海外护士在英国注册。其中超过 40% 的护士来自菲律宾，14% 来

自印度。804 名护士来自欧盟。在 1997 年至 200 年间，英国从南非引进 6,739 名护士，这导致尼尔森·曼德拉请求英国不要私自引进南非的医生和护士。因此，卫生部极力要求 NHS 停止招募南非的医生和护士，然而招募南非医务人员的行为直到 1999 年才受到制止。招募受制约的国家包括有过相似抗议的加勒比[29]，然而 NHS 受托基金机构不受这项条款的制约，私人卫生营业机构依然招收熟练的医务人员。

然而问题不仅仅是医务人员流失到西方国家。发展中国家的很多医生和护士都在都市和私人营业机构中工作。很多乡村和公共医院急缺医务人员，而那些能够支付起私人医疗费用的人并不缺少医护人员。

对这个问题有潜在的解决办法。医学院校间跨经济鸿沟的紧密联系允许医务人员交换而不受经济惩罚。[30]另一种办法是，从发展中国家每招募一个医生，发达国家要给发展中国家支付一定的赔偿金。政府应该努力向其他国家学习如何使 NHS 更加高效[31]。

从全球医疗中获益的国家应该建设他们自己的能反映全球需求而不仅仅是国内需求劳动力政策。

药物生产对富人有利

和人才流失一样，全球的经济配置限制了穷人对药物的使用，特别是对“三大杀手”-艾滋病，肺结核和疟疾的药物。

WTO 允许贸易相关的知识产权。保证申请专利后至少 20 年内，药物公司能在全球范围内保护他们的药物。因为公司要花很长一段时间将药物推向市场，而他们只有十年的保护时间去赚回投入到研究和开发上的费用。不幸的是，在专利期间，世界上最穷的国家都买不起这些药物。

对这个问题也是有潜在的办法的。近期 WTO

同意在紧急情况下，贫穷国家能进口较便宜的保障生命的仿制药-虽然对于保障生命的药物和在紧急情况下的两个要求都很模糊 [32]。一些公司，特别是巴西和印度，已经仿制出了这些药物并以低价将这些药物卖给发展中国家。另外，在WTO的这项允许下[33,34]，加拿大政府同意药物公司出售抗HIV的仿制药给贫穷国家，很多跨国药物公司都开始花代价向发展中出售各自的药物。 [35]

然而，这种表面的成功并没有解决在发展中国家长期药物低投入的问题（例如治疗普通的热病如恶睡，利什曼病或桦褐菌疾病）药物公司重点投资那些高利润的药物，而事实上就意味着这些药主要针对西方国家的疾病 [36]。投资在治疗心脏疾病的药物或者男性功能障碍的药物比用于控制药物抵抗性疟疾的药物利润更高。

因此很多著名的大药物公司花低于1%的研发经费用于开发治疗发展中国家的主要疾病。

为穷人行动

圣经强烈教导基督徒不能漠视贫穷和受压迫的人。旧约在对待穷人的公平和正义上有强烈的道德感。在弥赛亚 58 章中，先知预言说上帝诅咒那些熟知圣经的教导却无视穷人的人。他提及要将那些受不公正对待和受压迫的人解放出来并与他们共享食物，住房和衣物的必要性。

同样的，其他的旧约中先知诅咒那些压迫穷人 [38]和在富有却无视穷人的人 [39]。在新约中的使徒一直很关心穷人，詹姆士也反对富人压迫穷人。 [41]

耶稣更多地是教导正确使用财物，而不是关心穷人和为穷人祷告。 [42]使徒保罗强烈要求我们要以耶稣的行为为榜样-虽然富人物质丰富，在我们看来他是贫乏的，所以我们在他们的贫乏中是富有的。” [43]确实，圣经经常强调我们在很富足的时候不能无视那些在贫苦中挣扎的人-我们物质上来自上帝的祝福是为着别人的而不仅仅是我们自己，当我们积蓄财物的时候我们对上帝有亏欠。

基督徒应该学习如何行出正义和公平，帮助那些受压迫的人和改变这种

压迫穷人的体系。 [44,45] 圣经明确说明正义的行为能把我们带到两个互补的方向。首先是做正确的事情（为他人提供食物，赠与衣物，提供住所，医治病人，传福音等），其次是宣讲正确的道理。

一个基督徒对全球化和健康这个话题的回应，必须首先是通过基督徒的使命和开展项目（自己成为医务工作者或者支持医疗工作）来为那些有需求的人服务。其次是通过宣讲和采取各项行动来改变那些由公司、政府和国际组织导致的不公正的政策和行为。

然而，很多的基督徒并不关心贸易和IMF经济政治。然而，这些因素对导致贫穷有着巨大的影响，基督徒应该对此深有关切。

参考书目

1. 巴克斯特·J. 棉花补贴挤马里. BBC 在线. 2003年5月19日
2. 贝克尔·E. 坎昆目标棉. 纽约时报社论. 2003年9月13日
3. WTO 规则美国钢铁关税是非法的. 《纽约时报》. 2003年11月10日,
4. 保罗·J&. 桑德斯·P. 健康、贫困与发展中国家的债务. 《细胞核》. 1998年10月 P12-20

5. 约翰福音12: 8
 6. 申命记15: 7-11
 7. WHO 健康的公告聚光灯严重不平等. 新闻稿: WHO / 6 1月26日
 8. HTTP ://
www.fao.org/english/newsroom/news/2003/24779-en.html
 9. 海恩斯·A, 希思·I, & 史密斯·R. 一起加入与贫困作斗争. BMJ 2000; 320: 1-2
 10. 海恩斯, 希思&史密斯. 同上
 11. 卡恩·J. 臭水和臭气是中国出口热潮的一部分成本. 《纽约时报》. 2003年11月
 12. 克莱因·N. 无标志. 第9章 P195-229, 火烈鸟. 2000年
 13. 联合国2004年世界发展报告 (征求意见稿)
 14. 投资健康经济发展. 委员会宏观经济学和健康的报告. 2001年12月
 15. 国会通过伊拉克的预算. BBC 新闻网上. 2003年11月4日
 16. 安南·K. 世界各国领导人忽视艾滋病. BBC 新闻网上. 2003年11月28日
 17. 恐怖主义是不是唯一的天灾军团. 《经济学家》. 2001年12月22日
 18. 安南·K. 同上
 19. UN 世界发展报告2004 同上
 20. 伯格斯特龙·S, 莫昆比·P. 2000年全部都给健康吗? BMJ 1996; 313: 316
 21. 洛吉·DL, SR·贝纳塔尔. 21世纪的非洲: 绝望能变成希望吗? BMJ 1997; 315: 1444-6
 22. 伯格斯特龙·S, & 莫昆比·P. 同上
 23. WHO 报告. 世界卫生统计季刊. 1989, 42 (4)

24. WHO 报告. 2003年. <http://www.who.int/reproductive-health/>
 25. 罗奇·J. 偷医生. 《三螺旋》. 2002年秋季 P14-16
 26. 库珀·I, &沃利·P. 国际招聘的伦理. 农村和偏远地区的健康2002
 27. 晚间新闻. 2003年8月27日 (见 news. bbc.co.uk/2/hi/programmes/newsnight/3184479.stm 成绩单和上线的视频剪辑)
 28. 巴蒂·D. 南部排水. 《卫报》, 2003年3月11日
 29. 巴蒂·D. 同上
 30. 库珀·I, &沃利·P. 同上
 31. 理查德·GAF 等. 获取更多的美元: 加州凯泽·佩蒙内特的 NHS 的一个比较. 评论: 资金不是唯一的因素, 同样的价格, 更好的照顾; 竞争使他们做到这一点. BMJ 2002; 24: 135-143
 32. 决定去除廉价进口药的最后的专利障碍. WTO 新闻稿. 2003年8月30日
 33. 克莱因·N. 布什的艾滋病测试. 全国. 2003年10月27日
 34. 伯杰·J. 世贸组织药物协议绊倒贫困国家, 邮件和监护人 (约翰内斯堡). 2003年9月10日
 35. 非洲坚定赢得艾滋病药物许可证. BBC 新闻网上. 2001年10月8日
 36. 格里芬·J. 世界药物开发. 《三螺旋》. 2002年春季 P14-15
 37. www.doctorswithoutborder.org/publications/reports/2001/fatal_imbalance_short.pdf

38. 阿摩司书4:1-3,5:11-15, 弥迦书2: 1, 2; 哈巴谷书2: 6-8
 39. 以西结书16: 49; 阿摩司书6: 1-7
 40. 使徒行传 4: 34-5; 加拉太书2: 10; 哥林多前书9: 6-12; 提摩太前书6: 17-19
 41. 雅各书2: 1-7; 14-17
 42. 路加福音 6: 30-38; 12: 32-34
 43. 哥林多后书 8: 9
 44. 以赛亚书 1: 17
 45. 箴言 31: 8-9

基督徒医学联谊会会刊已出书目

第一期	伦理学入门
第二期	动物实验
第三期	基督徒的伦理观
第四期	青少年性别特征
第五期	看护伦理学
第六期	人工生育
第七期	治疗的撤消和终止依赖与沉溺
第八期	依赖和沉溺
第九期	医生协助下的自杀
第十期	人为何物
第十一期	人类基因组
第十二期	无性繁殖疗法与干细胞
第十三期	不要复苏的困惑
第十四期	基因和行为
第十五期	人类实验
第十六期	生殖克隆
第十七期	资源重新分配
第十八期	思想和身体的问题
第十九期	预先指示
第二十期	同性恋
第二十一期	性别选择
第二十二期	安乐死
第二十三期	堕胎

史提夫·福奇是 MMA 健康服务的主任, 曾是一名照顾艾滋病人的护士。

