

艾滋病传播的社会文化动力

翁 乃 群

Abstract: The asymmetrical dissemination of HIV/AIDS and the various vectors of HIV transmission in different regions or countries in the World as well as different localities within China imply specific social inequalities and cultural institutions. The HIV/AIDS situation in the World and within China may not be fully understood without considering the socio-cultural conditions that have shaped the social processes of the epidemics. This article discusses the socio-cultural dynamics of HIV/AIDS distribution in accordance with ethnographies of HIV/AIDS and anthropological field researches in Yunnan China last year conducted by a research team led by the author.

“社会不平等对艾滋病的传播是关键的”
——保罗·法默 (Farmer, 1999: 265)

艾滋病是一种传染病,更是一个社会问题。由于种种原因,对艾滋病是社会问题的认识和研究,尤其在我国,还是非常薄弱的。不少学者认为,艾滋病在世界的传播迄今未能得到遏制,重要的并不在于生物原因,而是由于导致其在不同地区传播的社会历史背景未能得到认识和改变 (Singer, 1998; Schoepf, 2001: 337; Farmer, 1992: 299 n. 7)。这里所指的社会历史背景包括政治的、经济的和文化的。如果广泛存在的贫困、不平等和暴力的生存条件不消除,像非洲那样艾滋病泛滥的悲剧就会在许多地方重演 (Schoepf, 2001: 337)。能否正视艾滋病传播的社会历史背景,改变或纠正造成其蔓延的社会环境,无疑是关系到能否有效遏制艾滋病传播的社会政治问题。

19世纪中叶,既是分子病理学的创始人,又是人类学者的德国博学家鲁道夫·弗卓 (Rudolf Virchow) 指出:“医学是一门社会科学,政治无非是更大的医学”。他还认为“医生是穷人的天然律师,很大程度上许多社会问题应当由他们解决” (Ackerknecht, 1953: 46; Trostle, 1986: 45-46)。他的一位同事所罗门·纽曼 (Solomon Neumann) 在他发表上述言论的前一年也指出:“了解不论是阻碍人们享尽生活或是导致许多人夭折的大多数疾病并非是由于自然物质,而是由于人为的社会环境是不需要特殊证明的……从其本质来说医学是社会科学,但在其被真正地认识和承认之前,我们是不能享受到医学的益处而只能是满足于它的空壳” (Trostle, 1986: 46)。与弗卓和纽曼同时代的恩格斯通过长达近两年的实地观察和对大量档案资料的研究,在《英国工人阶级状况》一文中,深刻地分析了疾病,尤其是诸如肺结核、伤寒等传染病在当时曼彻斯特英国工人中蔓延的政治经济和社会文化原因。本文试图根据国内外的有关研究资料和论述,以及本人和几位同仁在云南三个不同地点的实地调查经验,对艾滋病传播的政治经济、社会文化原因加以略述和探讨。^①

社会经济发展的不平衡与艾滋病传播的不平衡

根据联合国艾滋病防治署 (UNAIDS) 最新公布的统计数字,截至 2002 年底全世界将有 4200 万艾滋

^① 2002年2月底至5月中旬,笔者与三位同仁,杜娟(云南社会科学院民族学研究所)、金黎燕(云南社会科学院民族学研究所)和侯红蕊(中国社会科学院民族学与人类学研究所)分别在云南三个不同的农村田野调查点开展了由中英艾滋病防治合作项目资助的“云南省艾滋病防治与农村基层卫生防疫体系重建研究”。

病感染者。但是, 艾滋病在全世界的传播极不平衡。在 4200 万感染者中, 有 70%, 即 2940 万感染者是住在撒哈拉以南的非洲国家和地区。加勒比海地区国家(古巴除外)是仅次于撒哈拉以南非洲的最严重的艾滋病传播地区, 只有 3250 万人口的加勒比海地区有 42 万人感染艾滋病。南亚和东南亚的感染者高达 560 万人, 占全球感染者的 40%。东欧和中亚国家是目前艾滋病增长率最快的地区。而亚洲尤其是我国和印度可能成为艾滋病蔓延严重的国家。在撒哈拉以南非洲地区, 15 至 49 岁的成年人中的感染率高达 9%。其中博茨瓦纳、津巴布韦、斯威士兰和莱索托成年人的感染率分别高达 38.8%、33.7%、33.4%和 31%。在纳米比亚、赞比亚和南非, 成年人的感染率也都超过了 20%。加勒比海地区成年人的感染率也高达 2.3%。其中海地成年人感染率高达 6.1%, 巴哈马 3.5%, 多米尼加共和国与特立尼达和多巴哥都是 2.5%。在东南亚, 柬埔寨与泰国成年人的感染率分别高达 2.7%和 1.8%(UNAIDS, 2002)。在这些艾滋病高发国家和地区, 主要的受感染者是贫困人口。种族隔离、长年战乱、殖民历史, 以及外来资本和企业大量涌入偏远、交通阻隔的山区进行大规模开发, 资本主义生产方式冲击原有农业经济, 使当地族群丧失原有的经济、社会和文化生存环境及条件, 造成前所未有的农村人口外出流动以及对资本主义经济体系的完全依赖等等, 使艾滋病在这些地区特别地猖獗泛滥(UNAIDS, 2002; Caplan, 2000; Schoepf et al., 2000, 1991; Farmer, 1992, 1999; Symonds, 1998; Herdt, 1997; Kammerer et al., 1995; Heise et al., 1994; Hunt, 1989)。

艾滋病在我国分布也不平衡。2002 年秋季我国卫生部门公布的我国艾滋病感染者的最新估计数字已由上半年的 85 万人增加到 100 万人。2001 年底估计的 HIV 感染者是 60 万。这表明, 我国艾滋病感染者的年增长率在 2001 年超过了 40%。而仅 2002 年上半年的增长率也高达 17%, 估计 2002 年全年的增长率也会超过 30%。艾滋病感染人数排前五位的省、市、自治区分别是云南、新疆、广西、广东和四川。^①除广东省外, 其余四个省和自治区都地处西南或西部地区。在这些地区里, 受侵害最严重的往往又是它们的偏远贫困地区和贫困群体(包括城市里的农村流动人口和城市贫困居民)。如云南的德宏傣族景颇族自治州、临沧、思茅、红河哈尼族彝族自治州; 四川的凉山彝族自治州; 广西的百色地区; 新疆的伊宁市等。

早在 19 世纪中叶, 弗卓就指出:“医学统计学将成为我们衡量不同的生活, 以及发现是在工人或权贵当中死亡为多的基本方法”(Farmer, 1999: 1)。目前我国感染者以农村人口为主^②, 更确切地说, 主要是被卷入到人、物、资本和信息高度流动的市场经济潮流中的农村人口。云南省从 1998—2000 年连续 3 年的 HIV 感染者职业构成统计数字表明, 感染者中农民和无业人员所占比例都在 70%以上(见图 1)。而四川省 1987—2000 年底期间 HIV 阳性者的职业构成比表明, 农民占 HIV 感染者总数的 76%以上(见图 2)。



图 1. 云南 1998—2000 年 HIV 感染者的职业构成比(%) (中英性病艾滋病防治合作项目, 2001: 76)

以上数字表明, 在我国, 艾滋病同样对生活在社会边缘的民众和社会下层的伤害最为显著。除了传

① 这个省、市、自治区的排位并没有将河南省考虑在内。河南省艾滋病感染人数由于种种原因至今尚不清楚。

② 我国艾滋病专家吴尊友在去年 10 月中央电视台的一次访谈中指出, 艾滋病感染者当中农村人口占 80%以上。

播不平衡之外, 艾滋病在世界上不同地区或国家以及在不同时期的主要传播方式也不相同。

艾滋病传播方式的差异与社会政治经济作用

在 80 年代的北美和西欧工业发达国家, 艾滋病主要是通过男性之间的不安全性行为传播的。在撒哈拉以南非洲和加勒比海地区的贫困国家或地区, 以及南亚和东南亚国家则主要是通过异性之间的不安全性行为。而通过静脉注射吸毒人群共用针具造成艾滋病的传播泛滥则主要在东南亚和中亚独联体各国。根据 2002 年 4 月我国卫生部门的报告, 我国 68% 的 HIV 感染者是由于静脉注射吸毒与同伴共用针具感染上的; 7.2% 是由于不安全性行为传染上的; 9.7% 是由于没有按照国家卫生规范要求的采血、供血造成的。值得指出的是, 该统计数据反映了我国艾滋病检测和防疫监测工作受到局限的实际状况: 到目前为止我国未形成以自愿咨询和检测(VCT)方式为主的艾滋病检测社会环境, 绝大多数感染者是通过在戒毒所或拘留所内进行的强制性检测发现的; 还有一部分是通过性病监测哨点发现的。由于近年来大多数性病诊所变由个体私营, 许多性病患者出于诸如道德、隐私等原因, 更乐于到这些个体经营的性病诊所求医, 或自己到药店买药治疗, 致使设在各地的卫生防疫部门开设的性病门诊的艾滋病监测哨点所起的作用变得非常有限。而目前卫生防疫部门尚未将个体私营的性病门诊纳入艾滋病监测体系, 致使由于不安全性行为而感染上 HIV 的人不被发现的可能性非常大。此外, 男同性恋之间不安全性行为造成的感染人数也由于社会原因而不易搞清楚; 在广大农村地区仍有相当大比例的农村孕产妇是在自己家中生产, 她们往往成为母婴传播监测哨点的盲点人群; 不按照卫生法规和操作规程的采、供血造成的 HIV 感染人数更是由于政治、经济和社会文化等原因目前仍讳莫如深。

艾滋病在我国的主要传播方式也出现了地域性差异。如, 西南和西部省份的主要传播途径是静脉吸毒者共用针具。中部的河南及其周边省份的主要传播途径是 20 世纪 80 年代末至 90 年代中大量存在的以追求暴利为目的的不按照卫生法规和操作规程进行的单采血经济活动。虽然性传播在我国目前还未发现有明显的地域性差异, 也就是说此种传播方式比较分散, 但也出现个别地区性感染率较高的现象。就是在一省范围内主要传播方式也明显不同。譬如在云南, 虽然主要以静脉注射吸毒共用针具为主要传播途径, 但也有个别地区性成为主要传播方式。笔者和几位同仁在云南两个村落和一个乡镇开展关于艾滋病的田野调查中, 就发现, 其中一个村 39 个感染者中, 几乎全部是通过静脉注射毒品共用针具而感染的; 而另一个村已发现的 4 个因艾滋病死亡的村民中, 除了一个婴儿是母婴传播的结果, 其余 3 个成人均为通过性传播感染上的。在四川艾滋病传播最严重的凉山地区, 其主要传播途径是静脉注射毒品人群共用针具; 而在资中县的一些村子, 主要传播途径是 20 世纪 90 年代到河南的单采血站卖血。

社会文化变迁与艾滋病的传播

弗卓认为传染病流行的消长起伏与文化变迁有密切关系。他认为真正的文化变革往往伴随传染病的流行, 因为大多数人是逐渐地适应新的变革, 是慢慢地从变革中得益的(Trostle, 1986: 46)。虽然弗卓没有进一步深入分析论证造成这种现象的原因, 但他暗示了未能适应或较慢适应文化变迁的群体往往是传染病的主要受害者。恩格斯的《英国工人阶级状况》对社会文化变迁与传染病的关系有着更深入的

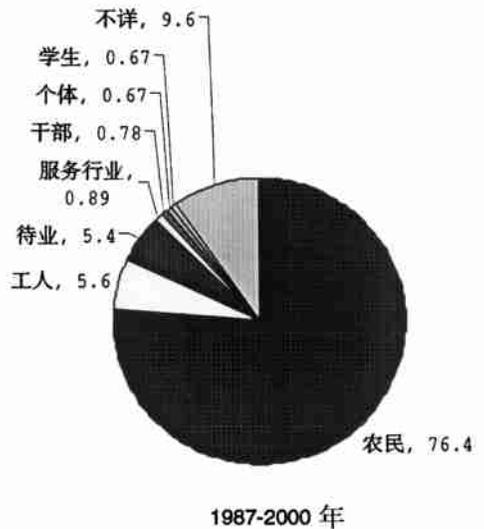


图2. 四川省 1987—2000 HIV 感染者的职业构成比 (%) (中英性病艾滋病防治合作项目 2001: 8)

论述。英国的工业革命将成千上万的农村剩余劳动力抛入工作和生活条件恶劣、空气污染非常严重的工业城市,这些工人居住在人口拥挤、空气龌龊、污水横流、垃圾成堆的街区和陋屋。恶劣的工作环境、超时的劳动时间、过度的劳动强度和严重缺乏的营养,使他们当中肺结核、伤寒、霍乱泛滥(恩格斯,1957/1845)。1848年初,作为病理学家的弗卓被普鲁士政府派去考察上西里西亚省爆发的伤寒。该省居民以波兰人为主。他发现该地区成百上千的居民并非死于疾病,而是死于严重的饥荒。他在后来的报告中,特别强调政治经济因素对该地区伤寒传播所起的重要作用。他指出,失业、政府没有及时给饥民提供粮食、居住条件恶劣以及人口过度密集是造成疾病的重要原因(Ackerknecht, 1953; Singer, 1998: 8—9)。他认为医疗解决传染病泛滥的作用是有限的,而社会环境和人们物质生活条件的改善能更快且更有效地防止疾病的蔓延。正是基于这些先驱的锐眼卓识,近年来大量的社会人文学者从历史唯物主义、政治经济学和社会文化角度对艾滋病的传播进行了深入的研究。

艾滋病在撒哈拉以南非洲的传播也和殖民时期许多传染病在非洲的传播一样,是沿着贸易和移民的路线蔓延的(Setel et al., 1999)。从殖民时代持续的外来资本对东非、中非和南非矿产、铁路、原料加工业以及大种植业的投入,吸引了成千上万农村青壮年男性劳动力离开家乡、父母、妻儿到这里打工挣钱。他们生活在条件恶劣,缺乏社会保障和受压抑的环境里。这些环境里通常性别比例高度失调,缺乏家庭生活和其他他们所熟悉的社会支持(Hunt, 1989)。

大量男劳动力的流出,又造成流出地农业生产劳动力的缺乏,妇女劳动负担大大增加。有些人不得不放弃部分耕地,改种像木薯那样的省事高产的作物。虽然这种块根作物产量高,但其成分以碳水化合物为主,缺乏蛋白质。食品营养的低下,致使健康和免疫力水平下降。由于缺乏劳力照料,加上连年的反复耕种,那些被有意缩减的耕地变得日益贫瘠,农作物产量急剧下降,农民生活更加困苦。对改变日益恶化的经济生活状况的无望,促使不少未婚妇女和由于家庭冲突或离婚的年轻妇女离开农村到城市里或男性劳力高度聚集地的周边地区谋生。就业机会上的性别不平等、劳动力市场的极度有限、技能的缺乏和教育程度的低下,使她们中的很多人落入到性服务业和低等的工作中。矿区、工业区和大种植园的男性劳力高度聚集环境和长期与家庭分离的状况改变了他们原有的家庭和性交往模式。多性伴和性消费成为普遍现象,性暴力也日益增多。而来自农村的年轻妇女或少女便成了他们性消费或性暴力的对象。早在艾滋病病毒出现之前,性服务业和性病就已在这些地区蔓延。这些正是构成后来这些国家艾滋病泛滥的一个重要社会背景(Hunt, 1989)。近几十年来,一些撒哈拉以南非洲国家之间和国内族群间战争的频繁发生,造成了大量难民和与之相随的性暴力的猖獗。这一地区弱势群体社会生存环境的进一步恶化,造就了更加有利于艾滋病在他们当中蔓延泛滥的环境。

在泰国,性行业有着悠久历史,越战期间由于泰国被作为侵越美军的重要休假地,性行业有了更大发展并成为泰国经济的重要产业。越战结束后,性行业继续存在,成为泰国旅游业的重要内容。虽然泰国性产业的消费者不少来自国外,但主要的消费群仍是泰国人。艾滋病传入泰国后,性行业自然也就成了加速艾滋病传播的重要场域。在性行业的从业人员中,有不少是来自泰国北部山地族群的妇女。这也就开启了HIV传入北部山地族群的一个重要途径(Kammerer, 1995)。

原先除去种植用于自己消费的粮食作物外,泰国北部山地民族,其中包括 Akha(在我国被识别为哈尼)、Hmong(在我国被识别为苗族)、Lisu(在我国被识别为傈僳)和 Karen(在我国被识别为景颇)多从事包括种植鸦片等经济作物的生产活动。通过将这些经济作物拿到本地集市上出售,获取用于购买食盐等生活必需品以及其他一些工业消费品的现金。18世纪英国东印度公司为了取得中国的茶叶、丝绸和其他有利可图的货物,开始用鸦片交换商品。19世纪中叶,我国西南和现在的缅甸、泰国、老挝、越南和柬埔寨等中南半岛国家的山地民族开始种植鸦片,鸦片逐渐成为他们用以换取现金和其他生活用品的经济作物。鸦片变成我国之外的这些地区的主要经济作物是在二战之后,在与我国交界的缅、泰北部地区发展成了世界上著名的鸦片生产地——“金三角”。除了拿去卖钱之外,鸦片也成了鸦片种植地百姓常用的解除病痛的土药,其嫩芽和枝叶有时也被当作菜蔬,成熟的籽粒被当作食物。但在种植鸦片时

代,在他们群体当中并没有导致出现大量的吸食鸦片的瘾君子(Kammerer et al, 1995; Symonds 1998)。解放前我国许多西南种植鸦片的山区也有类似的情况。

迫于国际政治的压力,50年代末泰国政府制定了禁止鸦片种植的法规。但由于北方山区和相邻国家邻近地区存在许多地方政治武装势力,它们之间经常发生武装纷争和冲突,而毒品经济是这些政治势力的经济基础,因此长期以来禁止鸦片种植的国家法规难以有效实施。70年代初开始,联合国与泰国合作在这些地区开展制止滥用毒品项目,其主旨是要用其他经济作物或产业替代鸦片种植,最终在这一地区消灭毒品。但这些努力直到上个世纪末才得以较大规模地展开。随着替代鸦片种植的项目的推进,以及外来资本对泰国北部山地的扩展和延伸,世代居住在这里的少数民族的传统经济、社会道德和文化习俗受到了极大冲击。加上因贫困和20世纪后30、40年间这一地区发生的连年战乱而从邻国涌入的大量难民,致使泰国北部山地族群的经济生活日益困难,贫困状况愈加深重。他们越来越难以以原有的经济生产活动维持生活,日益需要依赖年轻劳力到低地城镇谋生来接济留在村寨的家人的生活。长期以来制度性因素造成的受教育程度低和缺乏技能,不少青年妇女和少女到了城市或被骗或被迫从事性服务工作,这就接通了艾滋病从城市传到边远山地的途径(Kammerer et al, 1995; Symonds 1998)。

当然,由于这些山地族群之间的文化差异和对性的不同观念、不同的宇宙观和社会性别观念,使他们对艾滋病有不同的文化认识,并且受到的伤害也不尽相同。譬如,在Akha婚姻习俗中没有聘礼,丧夫或离婚的年轻女子的娘家通常不接受她们搬回来长住,致使Akha少女和年轻妇女在家里经济窘迫时,常会被家人卖给人贩以解家中之难。她们中多数人又都被转卖到城市里的性服务场所从事性服务工作。这就是Akha女子比其他山地族群女子更多地落入城市性场所的社会文化原因。与此相应,感染上艾滋病毒的Akha年轻妇女也比其他山地族群的年轻妇女多(Kammerer et al, 1995; Symonds 1998)。

与Akha年轻妇女的情况相反,高额的婚姻聘礼以及对妇女婚外和与生育无关的性行为的严格控制,使在城市里从事性服务的年轻Hmong女子极少。但是Hmong文化中对男子多妻和多性伴侣的认可,又使到城里做小买卖、打工或读书的一些Hmong青年男子到性服务场所消费时没有太多顾忌。而且,对于处于社会边缘地位的Hmong男子,若能消费有着主体族群地位的Thai女子,往往会使他们产生一种难以言表的心理满足。显然,Hmong年轻男子的这些行为大大地增加了他们感染HIV的危险性。一旦感染上HIV,他们又可能将病毒传染给家中的妻子(Symonds, 1998)。

随着“白色鸦片”,即海洛因,被外来商贩带入山区,染上毒瘾的山民越来越多,其中以男性为主。吸食方式从最初将海洛因放入卷烟中抽吸,或将海洛因放在锡纸上用火熏烤成烟再吸,到后来将其化入液体用针具注射到静脉。静脉注射毒品共用针具又构成了这些地区艾滋病传播的另一个重要途径。山地村寨中瘾君子的增多,又促使越来越多的山地少女试图离开村寨到城里打工,以避免被嫁给已染上毒瘾或将来有可能成为瘾君子的同族男子。由于受教育程度低和缺乏技能,加上旅游服务业对年轻女性劳动力需求量较大,这些山区少女流入城市和旅游地后,多数落入到性服务场所工作。在缺乏预防知识和社会没有提供她们选择采取预防措施的权利环境情况下,她们也就被置于染上HIV的危险之中。值得指出的是,不论是毒品经济还是性产业经济从来都不以国界为限。与这两种经济相伴,贩卖人口,主要是年轻妇女和儿童,成为这一地区的另一种活跃的非经济产业。由于贫困、战乱和压迫,每年被卖到泰国性场所的缅甸年轻妇女和少女超过2万人(He Ping, 2002: 4)。正是由于相同的背景,大湄公河流域其他各国和地区之间跨境贩卖人口的现象非常普遍,被拐卖的以居住在各国偏远山区农村的贫困少数民族少女和年轻妇女为多,其中也包括居住在我国云南边境地区的妇女和儿童(He Ping, 2002)。

与地跨泰、缅、老金三角毗邻的我国云南省,艾滋病的传播与上述泰缅山区艾滋病传播的社会政治经济背景有着密切的关系,当然,也与我国70年代末、80年代初开始的改革开放、由计划经济向市场经济的转型相关联。边贸开放、经济迅速发展,使毒贩们一方面将我国当成了他们的市场,另一方面又当成了他们转运毒品到其他各国或地区的又一通道。正是在这一背景下,云南的一些地方毒品肆虐。我国西南和西部艾滋病的蔓延与毒品的传播路线有着密切的关系:从云南经四川、往西北省区,或经广西

往东南省区流传,而沿线处于社会边缘或弱势地位的群体往往就成为主要的受害者。

随着从计划经济向市场经济的转型,人们对货币的依赖越来越强。在广大农村,经济改革一方面使农村原来的隐性劳动力剩余问题突显出来,另一方面也使农民对现金的需求急剧增长,基本生活用品和诸如种籽、化肥、农药和饲料等基本生产资料都需要用钱来购买。原有合作医疗制度的垮台,中小学免费教育的结束,使农村居民的医疗和教育费用大大增加。耕地面积少、生产规模小、生产成本增长、农产品尤其是传统的粮食和畜牧产品价格下降,使农民难以仅靠农业收入来维持生活。农民的现金收入更多地依赖于城镇非农业经济。由于历史上和迄今为止的结构性原因所造成的农民资金和技能的缺失,使他们在政治经济和社会文化转型过程中调整和适应的能力受到巨大制约。虽然近 20 年来我国城镇非农业经济发展飞速,劳动力需求大大增加,但面对几千万甚至上亿的农村剩余劳动力,城镇各行业所能提供的就业机会非常有限。加上在市场经济下,城镇就业市场要受到国际、国内市场波动的巨大影响,致使许多流入城镇的农民工找不到工作,收入极不稳定,生活缺乏保障。这些政治经济因素都使他们比城镇人口更容易铤而走险,从事有可能危害社会的“非法”活动或伤害自己身体健康的工作。当然,由于上述背景,他们也往往更容易被持有权势或钱势的人所利用。正是他们在政治经济和社会文化上的弱势或边缘地位,使他们中的一些人更容易或被迫或“自愿”地选择通常被认为有感染上艾滋病的高危行为,包括从事性服务工作、吸毒和卖血等。

在城、乡二元体制下,大量农村剩余劳动力涌入城市所造成的农村人口夫妻城乡两地分居的现象非常普遍,已婚和未婚的大量民工背井离乡,生活在缺乏原有社会支持和控制的网络中。这就导致他们中许多人性行为的变化,多性伴侣和婚前性行为成为普遍现象。而这些变化又都是发生在艾滋病及其防治知识缺失的背景下。

20 世纪 90 年代,我国中原地区艾滋病的蔓延是以豫东为中心,向周边晋、冀、川、鄂、徽的贫困农村辐射。经济发达地区的血液制品生产企业到以豫东为中心的各种血站购买血浆。而后者又以致富缺“门”的农村人口作为采血的主要对象。在高额利润诱惑下,这些采血站不顾卫生操作规程,置卖血者的健康于不顾,致使许多试图通过卖血浆获取现金改善生活的农民感染上至今仍不治的艾滋病(高昱,2001)。

不容忽视的是,在有些地区,艾滋病的传播是以性服务业的兴起为重要背景的。云南的一些村落和城镇由于地处边陲,国界另一边的毒品经济和性产业,都构成了国界这一边艾滋病传播的社会背景的一个重要方面。去年笔者与同仁杜娟调查的一个边境村落里已故去的三位艾滋病成年患者,均有跨境婚姻和性交往(包括异性和男男同性)的经历。而其来自境外的配偶或性伴侣,有的曾有到泰国从事性服务的经历。这里要指出的是,艾滋病是在当今全球资本主义经济体系及其发展过程中形成的各种不平等社会关系背景下,伴随人、物、资本和信息在时空上高速且不平衡的流动而蔓延的。在某种意义上,艾滋病在中国的传播也和在世界其他地方一样,是与某种社会政治经济不平等和文化制度密切相关的。事实上,艾滋病在特定时间和地区的传播蔓延,是该特定时空下的社会力量和社会过程在生物上的具体体现。

由于事实上长期存在的社会资源分配不平等问题,在从计划经济向市场经济转型的过程中,处于政治、经济和文化弱势地位的农村剩余劳动力在恰逢艾滋病传播的时代寻求出路的过程中,无疑被置于远比他们的城市同胞更加脆弱的境地。由于缺乏技能、资金、自然资源、社会关系、城市户口以及医药知识等,在市场经济所谓“自由竞争”的原则下,农村剩余劳动力就表现出“获得性权力缺损综合症”。在男性中心主义的社会性别制度下,农村女性剩余劳动力在经济转型中的弱势地位比她们的男性同胞更加突出。卖血、吸毒(贩毒)和从事性服务等从传染病学来说是感染艾滋病和其他疾病的高危行为,常常是他们可能的选择。他们的弱势地位,往往使他们成为被社会恶势力欺诈、压迫和剥削的对象。因此,只有同时面对和克服生物和社会两方面的因素,才能有效地遏制艾滋病的继续蔓延。

政治经济、社会文化与高危行为

迄今为止,我国艾滋病防治工作中的社会病因学讨论一直围绕着个人危险行为;在防治措施中一直强调的是被抽离了生活的政治经济、社会文化背景的有着高危行为的个人或群体,譬如吸毒者、性服务工作者和男同性恋者等。这与艾滋病防治领域工作中医学和流行病学占据统治话语有着密切的关系。这种据有统治地位的生物学模式是与关于健康是个人生活方式选择结果的资本主义经济理论假设相一致的(Schoepf, B.G. 2001: 339; Singer, 1998: 14)。在进行这方面研究时,通常把这些高危行为视为个人的选择,是这些人追求物质享受以致道德堕落和自身个性和人格类型所致,而忘记了这些人作为社会人,其行为在很大程度上是受着其生活于斯的各种社会政治、经济和文化背景制约的,包括阶级、社会性别、种族主义、种性制度、民族歧视、不同文化习俗和价值观等等的制约。

不少人认为吸毒只有在有钱人当中才会出现。大量的事实表明,在许多国家,吸毒和酗酒一样主要发生在社会下层或社会弱势群体之中。在我国,生活在毒品非法流通渠道上的社会弱势群体(城镇无业人员、农村流动人口、少数民族、青少年等)常常是毒品的主要受害者。而从事性服务工作的妇女绝大多数来自农村或城市贫困家庭。不论在经济、政治和社会性别上,她们均处于从属地位或低微阶层。

“艾滋病变成了‘获得性收入缺乏综合症’,一种由于贫困、失业,以及穷人通常采用以生存的策略带来的疾病”(Schoepf, 2001: 342; Setel, 1999: 144-182)。在讲法语的一些非洲国家,艾滋病的缩语 SIDA 被妇女借喻为“年薪不足”或“获得性个人薪水拮据”。因为表达“年薪不足”或“获得性个人收入拮据”的法语语句的每一个词的头一个字母连起来也为 SIDA。而在英语国家, AIDS 也被戏称为“获得性收入缺损综合症”(同上)。^①当然,这也恰恰反映了艾滋病在这些国家的蔓延是与贫困密不可分的。

在海地的一个农村,艾滋病传播的重要社会原因之一,就是由于 50 年代中期政府建设水力发电站的水坝迫使村民离开土地肥沃、水源充足的河畔家园,搬到土质贫瘠、水源缺乏的高地。从此这些村民生活日益贫困,不少人被迫离乡背井到太子港或周边城镇谋生。由于贫困和受教育程度低,他们在太子港或这些城镇从事着最下层的工作,处于最低微的社会政治经济地位。国家政治的动荡,经济的衰微大大加剧了他们经济生活条件的恶化。工作不稳定和工钱低下,使一些女村民常常要委身于四处流动且有稳定收入的长卡司机或军人,结为 *plase* 关系以获取经济补贴。^②后者多性伴侣的生活大大增加了她们感染艾滋病的机会(Famer, 1995: 17-18)。在这些城镇打工的男村民往往也有结交多个女性伴侣的经历。作为西太平洋经济体系下和世界上最贫困的一个小国,海地经济上一直依赖于北美,以吸引北美游客为主的旅游业构成海地的重要产业。一些年轻男子为了挣钱也往往给北美男同性恋游客提供性服务。这或许构成了艾滋病传入海地的最早途径。但艾滋病在海地的蔓延则主要是由于上述政治经济、国内和国际、历史和现实多种因素造成的不平等和贫困引起的。

目前我国艾滋病传播较为严重的云南和广西,其流行传播模式与大湄公河流域的其他各国基本相似。静脉注射共用针具和异性性传播是这一地区艾滋病传播的主要途径。这与该流域地区以金三角为中心的毒品经济,以及以各国旅游和商业城市为中心的性产业经济有着极为密切的关系。大湄公河流域各国性产业兴旺的背后是大量生活在贫困状态下的妇女,以及与之相伴的猖獗的贩卖妇女和儿童的非法经济活动。正是在上述各种不同政治经济和社会文化制约下,生活在其中的边缘和弱势群体的人们做出他们的行为选择,其中包括被流行病学认为有被感染上 HIV 可能的高危行为。

① 法语“*Salaire Insuffisant Depuis des Anées*”意为“年薪不足”。而“*Salaire Individuel Difficilement Acquis*”意为“获得性个人收入拮据”。在讲英语的国家, AIDS 也指代“*Acquired Income Deficiency Syndrome*”,即“获得性收入缺乏综合症”。

② 在海地农村原先流行两种基本的夫妇关系形式: *maré* 和 *plase*。前一种形式是夫妇双方通过法律或宗教手续的婚姻,后一种是男女双方结成被社会承认且互有长期义务的夫妇关系。后一种关系一般被认为是海地农村最为普遍的婚姻形式。它往往具有一夫多妻的性质,即一个男子与数个女子建立 *plase* 关系。

医疗卫生资源分配的不平衡与艾滋病的防治

医疗卫生体系是现代制度社会的一个重要组成部分,它包括组织机构、医疗政策、医疗经费、医疗管理等各个方面,也包括培养医疗人员的医学教育体系。在当今世界,一个国家的医疗卫生体系是衡量该国政治制度的一个重要内容。医药作为社会再生产的重要资源,无疑存在着分配问题。在现代社会,医疗卫生资源的分配是衡量社会公正的重要标志之一。一个社会的医疗资源的分配问题,又关系到生活于其下的人们的身心健康问题。在我国,城乡医疗卫生资源分配严重不平衡,相对于城市,农村长期以来缺医少药,所谓缺医少药,还包括了卫生健康知识的严重缺乏。这种状况至今未得到根本改变。

在对云南的一个艾滋病感染者高发乡进行调查时,笔者与乡卫生院和村卫生室的工作人员分别进行了交谈,他们均未曾受到过较系统的关于艾滋病知识和防治的培训,他们对艾滋病常见临床症状、艾滋病相关的机会性感染诊断及治疗均不了解,而这个乡从1990年起就已发现HIV感染者。截至2001年底,该乡已发现的感染者是205人。在另一个也已发现不少艾滋病感染者的边境乡镇,村级卫生体系名存实亡。由于经济原因,原来的村医们基本上已不再从事这方面工作。村民看病除了到乡镇医院之外,多是到街上找外来人开设的私人诊所。这些私人行医者均从未接受过任何关于艾滋病及其防治知识的培训。他们有限的艾滋病知识都是从报刊杂志和电视里获得的。由于该县防疫部门的艾滋病监测机制非常有限,加上艾滋病防疫工作管理中的保密制度,致使乡镇卫生院对所辖地区的艾滋病疫情不能了解。医院里医生们对艾滋病人普遍怀有恐惧心理。在上述两个调查点所了解到的艾滋病人除了去过医院或防疫站做诊断检查,在发病严重时去看病拿药外,几乎均未曾在医院里住院治疗。截至2002年初,在上述第一个乡所属的一个村寨已发现的39个感染者中,有22人已经死亡。而在上述第二个乡镇所属的一个村寨已发现的三个成人HIV感染者均已死亡。几乎所有的死亡者从被发现感染到死亡均不足5年。当然,造成感染者生存年数短的原因很复杂,但吸毒、社会歧视、缺医少药是很重要的因素。换言之,既有生物原因,更有社会原因。

类似上述农村基层卫生工作人员对于艾滋病及其防治知识缺失的情况,在笔者和同事侯红蕊调查的滇西北的一个乡更为严重。上个世纪80年代末90年代初,由于该乡毗邻四川一个林业大县,同属一县的邻乡也有林业资源,所以该乡通往县城的公路成为经营木材的私人老板和国有企业将那里的木材运往云南和全国其他地方的一个重要通道。于是公路沿线出现了以木材商贩和运木头卡车司机为主要客源的小饭馆和旅店,随之也逐渐开始出现以为他们提供性服务来挣钱的外来人员和少数村民。该乡所在地历史上就是周边山区所产之牛、羊皮、骡、马、牛等大牲畜,以及野生药材和菌类等山货的交易集散地,也是外来商品销往更加偏远的山乡、村寨的主要街市。80年代末以来,上述山货买卖更加兴旺。一些季节性到乡所在地收购山货的商贩,往往也加入到性消费者行列中。与之相伴的就是性病患者的明显增长。80年代末该乡开始萌芽的旅游业,到了90年代中以后得到了飞速的发展。虽然90年代中后期国家颁布了更加严厉的禁止乱砍乱伐木材的法规,使路经该乡的木材商贩和运木头的长卡司机数量急剧下降直至于零,但该乡的性服务业并没有因此萎缩,反倒随着该乡旅游业的迅猛发展而更加兴旺。性服务工作者也从原来以外省农村妇女为主,变成了以当地偏远村落的贫困家户的少女和年轻妇女为主。性服务的消费群体,除了游客外,更多的是周边市、县、乡镇的男性企业老板、个体商贩、政府工作人员,以及一些靠旅游业富裕起来的当地村民。值得指出的是,在艾滋病在全球和我国不断蔓延,而当地社会性活动发生上述巨大变化的背景下,由于长期医疗资源分配不平衡,不仅当地普通百姓对艾滋病及其防治知识知之甚少,而且医疗卫生工作者和乡镇各部门干部在这方面的知识也几近空白。这无疑将当地人民的健康置于了非常危险的境地。

当前医疗卫生领域中最具有讽刺意义的是,一方面医学以前所未有的速度发展,许多医学发明和创新使许多原来的不治之症和疑难病症变得可以治愈,为人类的健康生活带来了更多的希望;另一方面又

由于医疗费用的飞速高涨,使这些新发明所带来的益处往往只由少数人享用。甚至那些本来很容易治愈的疾病,也由于医疗费用的高涨使许多穷人得不到适当和及时的治疗。对于生活在许多欠发达或贫困地区的百姓和处于发达地区社会底层的群体来说,因病致穷和因穷得病往往是难以逃脱的社会大漩涡。每当传染病蔓延时,生活于底层的穷人和弱势群体的感染率和死亡率通常都是最高的。即使是在美国这样的医药发达国家,也是如此。

在1994年的美国,黑人男子艾滋病患者的死亡率是白人男子的4倍。而黑人女子艾滋病感染者的死亡率却是白人女子艾滋病感染者的9倍(Farmer, 1999: 265)。作为鸡尾酒疗法发明地的美国,90年代末,只有少部分艾滋病患者能够得到蛋白酶抑制剂治疗,在欧洲情况更为糟糕(Farmer, 1999: 267)。而在我国,时至2002年底,能够获得鸡尾酒治疗的远不足五百人。在当今许多社会里,包括发达国家里,运用最先进的药物、医疗器械和具有高超技术的医生治疗疑难症的障碍都没有使广大生活在贫困状态的人们得到适当的医疗服务的障碍大。在艾滋病蔓延泛滥的威胁下,我们社会面临的挑战不仅仅是医疗和科学技术,还有我们的社会公正和关怀的能力(Farmer, 1999: 292)。社会不公正不仅影响着疾病的传播,而且制约着治疗的结果(Farmer, 1999: 16)。一项对1984年注册的858名接受社会福利救济的纽约市民的研究表明,他们当中肺结核和艾滋病的感染率是当时全美国感染率的70多倍,超过了许多贫困国家的感染率。这些接受社会救济的人中有183人,即占这群人的21.3%,都在8年内先后死亡。这些死亡者的平均年龄不足50岁。死亡的重要原因之一就是贫困和曾经有过吸毒和酗酒的历史(Farmer, 1999: 4)。不论在非洲和加勒比海地区的国家,还是在发达国家的边缘弱势群体中,艾滋病的猖獗和防治关怀工作的阻滞,感染者存活时间短等的重要原因就是生存环境恶劣、贫困和缺医少药。

在许多医务界人士和媒体津津乐道于当今医药科学的昌明之时,许多有识之士则往往忧愁于很多人由于得不到及时和适当的治疗而死于最普通不过的疾病或传染病。最典型的例子莫过于肺结核。半个多世纪之前,现代医学就已经掌握了几乎是百分之百有效的综合治疗方法,但至今它仍然是世界上死亡率最高的可以有效预防和治疗的传染病。根据世界卫生组织的统计数字,1996年全世界大约有300万人死于肺结核(Farmer, 1999: 266)。造成如此高的死亡数并非医疗技术的无能,而是包括医疗资源在内的社会资源分配的不公平。绝大多数死亡的患者是死于治病无门(Farmer, 1999: 272—273)。

在我国也不例外,20世纪90年代末滇东的一个贫困小村落里,肺结核严重流行,并且是造成该村村民死亡的最主要疾病之一(薛金玲,2001)。除肺结核之外,还有许多在医学上很容易控制的传染病,但由于同样的社会原因而没能在一些地方被根本消灭。在笔者进行艾滋病防治和农村基层卫生防疫体系研究的一个农村田野点中,就发生了多起麻疹导致并发症死亡的病例。其中的一个重要原因,就是贫困和医疗资源分配不平衡造成的缺医少药。正是从这个意义上说,要推进公众的健康,社会公共卫生就不能不涉及社会政治、经济领域。

在市场经济导向下,我国各级防疫部门资金短缺现象比较普遍。防疫工作人员的收入也远远低于医疗工作人员。为了创收,许多地、县级防疫部门将其所属的皮肤病、性病门诊承包给了私人经营。虽然我国已多年推行儿童多种传染病疫苗免费接种,但在一些农村地区农民还要负担接种疫苗时所使用的针具费用。对于偏远贫困地区的农民来说,这不多的费用也是一种不小的负担。

一个半世纪以前弗卓就认为公共卫生要促进社会公众的健康,不仅要考虑生物学问题更要考虑社会问题(Hunt, 1989; Farmer, 1999; Schoepf, 2001: 339)。但人们,包括各级政府医疗卫生部门的领导和医务人员,往往忽略了这一点。许多事实表明,每当我们的医学科学取得前所未有的进步之时,我们往往愈加忽视公共卫生健康的政治、经济和社会文化因素,从而严重影响了医药科学进步的有效性。医药的飞速发展并没有改善贫困地区和人口的医疗卫生状况。医药进步的同时,在单纯市场经济导向下,医药费用飞速高涨,穷人看不起病的现象日益严重,并且极大困扰了国家的医疗社会保障体系。以追求利润为最终目的的医疗部门往往变成药物和医疗器械企业,尤其是跨国企业的“代理”或“推销”机构。医务工作者和医疗检测人员则成为这些企业的推销员,本应对症下药的医生变成为利开方,先进的医疗检测

设备成了“印钞机”，滥用药物和先进检测技术成为普遍现象。医学院也成为这一体系的重要组成部分，有意无意地成为培养上述企业的“代理人”和“推销员”的机构。培养出来的医学工作者往往是这些昂贵的“现代化”医疗器械的依赖者和迷信者，他们往往难以适应在缺医少药的我国广大农村从事医疗服务的能力。越来越多的医疗机构、医学专家和教授热衷于攻克疑难病症，包括运用高科技的手段；越来越多的医疗机构和人员关注常见病症。因为治疗疑难病症、开展高科技医疗手术不仅容易获得名利，而且符合资本主义经济理性。这正是过去 20 多年在向市场经济转型过程中，我国大部分地区城、乡医疗资源分配的差距日益扩大的重要原因之一。事实上，医疗卫生资源的分配本身就是政治经济问题。

在非洲的一些国家，由于政治动乱、经济危机、减缩的国际援助，以及国际金融机构作为贷款条件强加于它们的包括贬值货币、还债、开放市场、私有化和减缩政府开支的结构调整计划（SAP: Structural Adjustment Programs），使这些国家政府提供公共卫生服务的能力大大下降。有些研究非洲艾滋病的学者将这些现象戏称为“获得性政治免疫系统缺损综合症”（Schoepf, 2001: 352）。^①而这些问题构成了在这些国家艾滋病防治工作成效甚微的重要原因之一。

综上所述，无论是艾滋病传播的地区不平衡性，还是在不同地区主要传播方式的差异，以及对不同社会群体危害程度的不同均表明，艾滋病的传播与政治经济结构和社会文化制度有着极为密切的关系。和人类历史上曾经遭受过的各种传染病的危害一样，艾滋病传播的发生既有其生物学原因，也有其政治经济和社会文化原因。在交通运输、信息传播技术急速高度发展，全球时空急剧压缩的全球资本主义经济体系下，世界各地社会、政治、经济和文化的迅速变化极大地影响着艾滋病传播的地域分布、传播途径和方式。大量事实证明，要阻止艾滋病的蔓延扩散，不仅要探讨其发生的生物、生理背景，更要关注其得以扩散蔓延，造成某些地区高感染率的政治经济、社会文化背景。只有通过采取生物与社会综合分析的方法，即将临床医学与社会理论、流行病学与历史、田野志和政治经济相结合的分析方法，才可能更好地认识这一社会事实（Farmer, 1999: 5）。

仅仅关注艾滋病传播的生物病理过程和病原体，忽视其发生的社会过程以及社会力量的作用，只强调感染者的个人行为，忽视制约其行为背后的经济政治和社会文化因素，都是致使艾滋病防治工作成效不大的重要原因。只有同时关注生物的和社 会的原因，并同时采取医学的和社 会的有力措施，艾滋病才可能被有效地遏制。对于至今仍未有疫苗可以用作预防接种，目前只有昂贵药物可以改善和延长患者生命，而不能根本治愈的艾滋病，如果我们仍只是停留在流行病学干预的方法，而不同时采取强有力的政治经济和社会文化的干预措施，要想遏制其蔓延是难以实现的。

参考文献：

- 恩格斯, 1957/1845,《英国工人阶级状况》,《马克思恩格斯全集》第 2 卷, 人民出版社。
- 高昱, 2001,《血祸》,载于《三联生活周刊》第 6 期。
- 薛金玲, 2001,《雾南岗干彝社会文化变迁》,载于翁乃群主编《南昆八村》云南卷, 民族出版社。
- 中英性病艾滋病防治合作项目, 2001,“四川省及云南省性病艾滋病形势分析”, 北京。
- Ackerknecht, E. H. 1953 *Rudolf Virchow: Doctor, Statesman, Anthropologist*, Madison: University of Wisconsin Press.
- Caplan P. (ed.) 2000 *Risk Revisited*, London: Pluto.
- Farmer P. 1992 *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*, Berkeley: University of California Press.
- 1995, “Culture, Poverty, and the Dynamics of HIV Transmission in Rural Haiti.” in Brummerhuis, Han ten & Gilbert Herdt (eds.), *Culture and Sexual Risk: Anthropological Perspectives on AIDS*, Gordon and Breach Publishers.
- 1999 *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*, Berkeley: University of California Press.
- Heise, L. L., Raikes A., Watts CH. & Zwi AB. 1994 “Violence against Women: A Neglected Public Health Issue in Less Developed Countries.” *Social Sciences and Medicine* 39 (9).

① “*Syndrome d' immunodeficiency politique acquise*”.

- He Ping 2002, "Chance and Challenges in the GMS: An Overview," in Chapter One: Introduction to the GMS and to Sexuality." in *Cross-Border Sexuality in the Greater Mekong Sub-region* (Executive Summary), Institute for Health Sciences Kuming Medical College and the Rockefeller Foundation, Published by YayasanGalang, Yogyakarta, Indonesia.
- Herd, G. (ed.) 1997, *Sexual Cultures and Migration in the Era of AIDS: Anthropological and Demographic Approaches*, Oxford Clarendon.
- Hunt, CW. 1989, "Migrant Labour and Sexually Transmitted Diseases: AIDS in Africa." *Journal of Health Social Behavior*, 30 (4).
- Kammerer, Comelia Ann, Otome Klein Hutheesing, Ralana Maneeprasert & Patricia V. Symonds 1995, "Vulnerability to HIV Infection Among Three Hilltribes in Northern Thailand." in Brummerhuis Han ten & Gilbert Herdt (eds.), *Culture and Sexual Risk: Anthropological Perspectives on AIDS*, Gordon and Breach Publishers.
- Nzokia, C. 1994, "AIDS Policies in Kenya: A Critical Perspective." in *AIDS: Foundations for the Future*, (ed.) by P. Aggleton, P Davies & G Hart, London: Taylor & Francis.
- Schoepf, BG, Walu E, Rukarangira WN, Payanzo N. & Schoepf C. 1991, "Gender, Power and Risk of AIDS in Central Africa." in *Women and Health in Africa*, (ed.) by M Turshen, Trenton: Africa World Press.
- Schoepf, BG, Schoepf C. & Millen JV. 2000, "Theoretical Therapies, Remote Remedies: SAPS and the Political Ecology of Health in Africa." in *Dying for Growth: Global Inequality and the Health of the Poor*, (ed.) by JY Kim, JV Millen, J Geishman & A. Irwin, Monroe, ME: Common Courage Press.
- Schoepf, BG. 2001, "International AIDS Research in Anthropology: Taking a Critical Perspective on the Crisis." in *Annual Review of Anthropology*.
- Setel, PW. 1999, *A Plague of Paradoxes: AIDS, Culture, and Demography in Northern Tanzania*, Chicago: University of Chicago Press.
- Singer, M. 1998, "Forging a Political Economy of AIDS." in Merrill Singer(ed.), *The Political Economy of AIDS*, Amityville, New York: Baywood Publishing Company, Inc.
- Symonds, P. V. 1998, "Political Economy and Cultural Logics of HIV/AIDS among the Hmong in Northern Thailand." in Merrill Singer (ed.), *The Political Economy of AIDS*, Amityville, New York: Baywood Publishing Company, Inc.
- Trostle, J. 1986 "Early Work in Anthropology and Epidemiology." in Janes, C. R. et al. (eds.) *Anthropology and Epidemiology*, Dordrecht, Boston: D. Reidel Publishing Company.
- UNAIDS 2002, *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*.

作者系中国社会科学院民族学研究所副研究员, 博士
责任编辑: 罗琳