

從古巴矛盾談社會與健康

曾育慧*

前言

在中低收入國家當中，古巴平均餘命高出肯亞24年，卻和美國相同，但平均每人GDP(國內生產毛額)只有美國的十分之一[1]。

相對於細菌論建立之後的流行病學聚焦於微觀的生物醫學層面，社會流行病學重視的是影響疾病發生與分布的社會脈絡與社會成因。英國社會流行病學家McKeown以結核病死亡率下降的趨勢，說明人口健康的提昇歸功於社會、經濟和環境的改善，而非醫學的發展[2]；Preston進一步以實證資料證明平均餘命和每人GDP的正相關，指出所得提高對窮國人口的平均餘命增加較為顯著，而在富國的增加便趨平緩[3]，顯示影響平均餘命的因素另有其它。

古巴人的健康情況大幅優於其它中低收入國，但不論跟低收入或高收入國相比，都難以歸類，國際學者稱之為「古巴矛盾」(Cuban Paradox)[4-6]。本文以古巴經驗，突顯影響人口健康在醫療與國民所得之外的其它因素，不論對於資源匱乏，或試圖以經濟成長來解決所有社會問題的國家，皆具參考價值。

古巴簡史

古巴在16至19世紀末被西班牙人長期殖民，1898年美西戰爭後被美國短暫殖民。1906年起由美國扶植的獨裁政權，在1959年

被卡斯楚(Fidel Castro)和阿根廷人切格瓦拉(Ernesto Che Guevara)共同領導的古巴革命推翻，建立「古巴人的古巴」，並於1961年宣布為社會主義國家。美國與之斷交，實施全面經濟制裁。

古巴位於墨西哥灣口，地處美國後院，成功的革命激勵南美各國社會革命風潮，引發美國傾全力壓制。古巴起初以蘇聯為後盾，挑戰美國試圖在美洲建立的全面霸權，多年來一直是美國政府的眼中釘。古巴經濟上極度仰賴蘇聯，以高價的蔗糖向後者低價交換石油等燃料。

1991年12月25日蘇聯解體之後，古巴頓失每年40-60億美元的經濟援助，全國陷入歷經十年之久的特別時期(período especial或special period)，在1991-94年尤為嚴重。當社會面臨重大變革之際，政府在保障人民福祉上扮演關鍵的角色，尤其是具有公共性的健康部門，以下針對古巴在革命後與特別時期的政策因應分述之。

革命後的衛生部門改革(1961-1990)

革命前的古巴是典型的開發中國家，文盲率高，多數鄉村人口沒有受教機會；在醫療衛生方面，服務主要由私部門提供，公衛基礎建設稀少，鄉村更加缺乏，醫生等專業人員多住在首都哈瓦那，大量醫事人力外流至美國[7]。

革命後的古巴，於1964年在全國各地設置社區聯合診所(官方用辭為policlinico，期刊用法諸如policlinic/polyclinic)。聯合診所採用社區醫學模式運作，將病患視為環境中的「生物社會心理實體」(biopsychosocial being)[8]，試圖找出環境致病因子，預防疾病產生。每處聯合診所所在地分成數個責任

國立台灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所

*通訊作者：曾育慧

聯絡地址：台北市徐州路17號

E-mail: mayeeshatk@gmail.com

投稿日期：99年3月3日

接受日期：99年7月13日

區，每區由固定的團隊專門服務該區同一批居民。

有鑑於聯合診所依然無法達到與社區緊密結合的目標，也沒有充裕時間做預防，古巴政府在1983-4年間推出家庭醫師計畫[9]，這套新系統的目標是讓每個街口，甚至最偏遠的村莊都駐有一醫一護的團隊，其中有1/5的人力必須在工廠、學校、船上和老人之家服務。這些團隊同時為健康和不健康的居民提供綜合服務。每一團隊照顧120-160個家庭，重點在預防保健，如鼓勵運動、挑選營養食品、減少不健康行為等[10]。

家醫計畫得以推行，歸功於事前的醫學教育改革。除少數例外，所有醫學生畢業後，依規定應完成家醫實習才能進行專科實習，讓醫師的訓練不僅回應個人層次的需求，更能滿足家庭與社區的健康需求。護理人員的養成方式亦然[11]。

直至90年代，家醫計畫已達成預定目標，每個街口都有一醫一護的團隊組成的普及公衛醫療網，同時形成監測網。此計畫實施後，健康監測的效能發揮、人民的健康提升，反映在住院率、急診率和整體醫療費用的降低[12]。雖然古巴的醫師人力相當高，每千人有5.91名醫師(相對於美國2.54名，加拿大2.14名)，但大量醫護人力有極大的比例在社區進行頻繁而例行的非醫療性介入，包

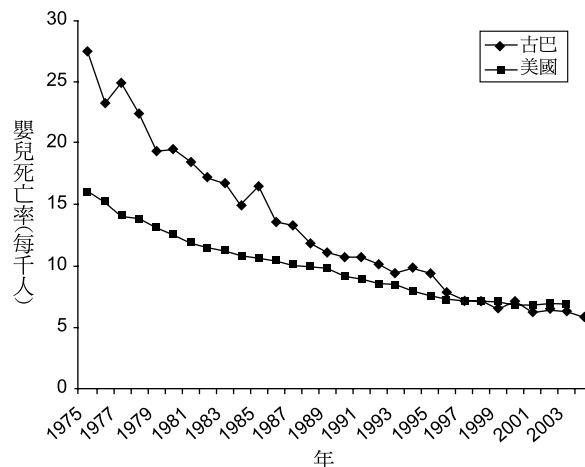
括上午在診所服務病患，下午做家訪，從高風險居民每周、慢性病患每月、老人每季，到社區每個成員年度的生理健康與社會健康評估。晚上則做分眾健康促進工作。研究也是所有醫護人員必須同時進行的項目，研究成果是職位與薪資年度調整的考核基準之一[5,10,13]。

特別時期的健康照護(1991-1998)

古巴在蘇聯垮台後的特別時期，全世界已無任何國家能夠提供援助或與之經貿往來，面臨一段極為嚴重的經濟困境。但這段危機反成為古巴掙脫全球化制約的契機，開啟異於世界各國的發展，被稱為全球化的實驗室。

特別時期一開始，古巴出口陡降80%，進口停擺，包括醫療用品、糧食和能源。美國認為這是扳倒古巴的好機會，重申任何國家或公司的商船若駛近哈瓦那，美國將採取報復並斷絕往來。在能源與糧食嚴重不足之際，一般國民營養與熱量攝取不足(從每日3000大卡降至1800)，嬰兒死亡率出現短暫上升[7](圖一)，GDP下降34%[14]。1993年的營養調查顯示近三分之一的成人體重在一年內減輕超過10%，平均消瘦約5-10公斤[15]。

受到美國影響，國際醫學期刊(CMAJ,



圖一 古巴與美國的嬰兒死亡率下降趨勢

資料來源：Cooper, Kennelly, Orduñez-Garcia, 2006 [7].

2008)曾刊載匿名作者的評論，文中將古巴當時近饑荒的現象類比成北韓，認為糧食分配系統瓦解後，人民被犧牲，資源被享有特權的菁英階級和軍隊獨佔[16]。但其它的證據並不支持這項指控，再以上圖一的嬰兒死亡率為例，可觀察到特別時期雖出現短暫上升，但二年後便繼續下降，研究也指出育齡婦女和兒童的健康迅速恢復。在這段時間，政府在各工作場所、社區餐廳免費提供孕婦、兒童與老人營養補充品[10]。1989年到1998年的照護設施，除醫師外，增加最多的並非醫院或聯合診所，而是老人之家、殘障收容所和孕婦中心[17]，顯示國家並未在困頓時獨厚菁英，犧牲這群相對弱勢者，而是提供更多的機構性支持。

從特別時期邁向食物與能源自主(1991-2006)

特別時期之前的古巴是綠色革命的奉行者，使用高度耗費進口柴油的農耕機，在田裏灑下大量化肥和殺蟲劑，生產蔗糖等以出口為主的經濟作物，生活所需的基本糧食則依賴進口。當能源供給中斷，恢復原有生活型態的日子遙遙無期，古巴人只能徹底改變。上下班、上下學、購物若搭公車得花數小時等待，想節省交通時間和燃料使用，又兼顧例行生活功能，便須徹底改革，大規模的友善社區規畫於是展開[18]。因此，在教育方面，古巴政府廣設小學，在各區成立大學，以分散教育資源；在健康照護方面，政府訓練大量的醫護團隊進入社區；在糧食方面，都市菜園和小型農場的設立，種植糧食作物，食物便不需遠程運輸或至遠處購買。在缺乏柴油發動農耕機、沒有化肥或殺蟲劑可用的情況下，古巴人開始改用人力和牛來耕作，開發有機肥，成立永續農業研究機構，製造更多生物性肥料與驅蟲劑，擺脫對化石燃料和化肥的依賴。為填補糧食亦遭禁運的缺口，古巴人想辦法在自家附近的空地種菜，原本老鼠、垃圾充斥的閒置地都被清除闢成都市農園、屋頂菜園，各類小型農場林立，四處皆食物森林。人們的飲食習慣也改變，飲食中的蔬菜比例大幅增加，身體活

動量提高，無形中養成健康行為。

在去集中化的運動下，人民的工作、教育、休閒、醫療、食物的生產與消費等，都盡量使用同一空間，生活所需可以靠走路或腳踏車在近處取得，社區意識在此轉變中獲得重建。古巴人說，「鄰居的感覺又回來了！」[18]歷經整合之後的社會結構，社區成員之間的互動、互信、向心力、非正式的社會控制與支持程度等等都提高，這些現象在許多研究中皆有助於增加集體效能，改善身心健康[19]。

社會政策國際比較

政策方向因政經危機而調整，在1980年代後的非洲、南美則別有作法。當時的債務危機迫使各國政府採納世界銀行與國際貨幣基金所提出，以促進市場經濟、去管制、小政府為目標的「結構調整方案」(Structural adjustment programs)，大幅縮減衛生與教育部門的開支，最終造成人口健康惡化、貧富差距加大、私有化嚴重、國家角色弱化等難以收拾的後果，形成更尖銳的社會問題，使得委內瑞拉、巴西、智利等國在1990年代晚期出現政治左傾潮。此外，快速擁抱自由市場經濟的東歐國家，平均餘命甚至倒退[20]。

古巴選擇的路迥異於其它國家，公共政策多以普及、公平和政府介入為原則，免費教育和醫療服務從不因環境艱困而妥協，更注重保護社會弱勢。房屋政策亦然，自有住屋人口達85%[5]。從早期生命歷程的觀點來看，嬰兒死亡率(Infant Mortality Rate, IMR)不但是衛生指標，亦為重要的社經指標，IMR愈高表示社會剝奪程度高[21]。古巴5歲以下兒童死亡率是千分之7，在美洲僅次於加拿大千分之6，並優於美國千分之8[1]。與美國相比，古巴的嬰兒死亡率降幅更大，在1998年後更低(圖一)，慢性病控制亦有優於其它國家的表現[13]。這些結果證明了即使在不利發展的大環境下，國家依然可以張開社會保護傘，阻止可預見的不良後果，並扭轉發展的方向，讓人民的健康繼續改善。

反觀台灣，台東縣的醫師人力約鄰縣花蓮的一點七倍，但兩縣65歲以下的人口死亡率相差無幾，同樣也告訴我們健康的決定因素除了醫療之外還有更重要的社會成因。然而近年來的醫療網計畫與全民健保依然把重心放在醫療；醫護養成教育愈來愈次專科化，社區醫學未能深植，再加上醫院的產業化、大型化與集中化等[22]，伴隨著地理區位的健康不平等和日益加大的貧富差距、基層的公衛力量削弱、政府在分配資源上也難以左右市場的力量，這些現象似乎與古巴在衛生與社會政策的改革方向背道而馳，形成清楚的對照。台灣的走向即使不必然仿效古巴，但也應自我警惕不至重蹈美國路線，形成所得提高、醫療費用上升，整體國民健康卻未隨之提升的矛盾。

結 語

從社會與健康的觀點來看，個人乃至群體的健康，與國內外的政治、經濟、政策、資源分配等社會安排緊密相關。透過政策的介入，健康不平等可以被縮小並改善。本文從美國為首形成的國際秩序，描述古巴面對空前危機所做的回應，顯示國家透過公共政策，在強大的國際壓力下克服資源極度匱乏的物質條件，造就健康而差距小的社會，破除傳統上醫學、經濟成長與健康之間的迷思。古巴現象被認為特例或矛盾，甚至基於意識型態而被忽視[23]，相當可惜。從Preston曲線延伸出的意涵，即在於國民所得高的國家，健康表現不再依據每人GDP是否提高，而是有賴社會整體財富分配的公平性。古巴實行社會主義制度的結果之一是國內貧富差距小，僅是體現收入愈均，健康愈佳的論點，此為本文提出古巴經驗的意圖。

我們可以再追問：全球化力量雖然強大，但面對日益加劇的國內與國際的健康差距，個別社會是真的失去選擇權，還是棄械投降，放棄尋找替代途徑？為何批判國內政府政策和國際開發機構行為的聲音難以發揮效用？部分原因也許出在健康的社會影響因子依然未得到應有的重視。不論是英國的公

醫制、台灣的全民健保，或古巴經驗，都是對健康有清楚定位的社會安排，不應以資本主義和社會主義的矛盾簡化看待之，值得多加檢視。

致 謝

本研究接受國立台灣大學公共衛生學院「提升社會及行為科學研究能量計畫」之補助，謹此致謝。

參考文獻

1. WHO. World health report 2006 statistical annex. Available at: <http://www.who.int/whr/2006/annex/en/index.html>. Accessed February 28, 2010.
2. McKeown T, Record RG, Turner RD. An interpretation of the decline in mortality in England and Wales during the twentieth century. *Popul Stud* 1975;**29**:391-422.
3. Preston SH. The changing relation between mortality and level of economic development. *Int J Epidemiol* 2007;**36**:484-90.
4. Evans RG, Thomas KcKeown, meet Fidel Castro: physicians, population health and the Cuban Paradox. *Healthc Policy* 2008;**3**:21-32.
5. Spiegel JM, Yassi A. Lessons from the margins of globalization: appreciating the Cuban health paradox. *J Public Health Policy* 2004;**25**:85-110.
6. Kirk JM, McKenna P. Trying to address the Cuban Paradox. *Lat Am Res Rev* 1999;**34**:214-26.
7. Cooper RS, Kennelly JF, Orduñez-García P. Health in Cuba. *Int J Epidemiol* 2006;**35**:817-24.
8. Feinsilver JM. *Healing the Masses: Cuban Health Politics at Home and Abroad*. Berkeley: University of California Press, 1993;35-40.
9. Pan American Health Organization, Other United Nations Agencies, and Ministry of Public Health of Cuba. *Cuba's Family Doctor Programs*. Washington, DC: Pan American Health Organization, 1992.
10. Swanson KA, Swanson JM, Gill AE, Walter C. Primary care in Cuba: a public health approach. *Health Care Women Int* 1995;**16**:299-308.
11. Cardelle AJ. The prominence of primary care within Cuban pre-doctoral medical education. *Int J Health Serv* 1994;**24**:421-9.
12. Roemer MI. Primary health care and hospitalization: California and Cuba. *Am J Public Health*

- 1993;**83**:317-8.
13. Vega JP, Iglesias Dios JL, Hernandez MT. Impact of health promotion and education on the achievements of Cuban public health. *Promot Educ* 2000;**80**:61-80.
 14. Perez-Lopez JF. The Cuban economy in an unending special period. This paper is a revised and updated version of "El periodo especial interminable de la economia cubana". In: *Proceedings of Cuba Conference* Sponsor. Mexico: Center for International Studies, El Colegio de Mexico, 2002.
 15. Franco M, Ordunez P, Caballero B, et al. Impact of energy intake, physical activity, and population-wide weight loss on cardiovascular disease and diabetes mortality in Cuba, 1980-2005. *Am J Epidemiol* 2007;**166**:1374-80.
 16. Anonymous. Health consequences of Cuba's Special Period [Letters]. *Can Med Assoc J* 2008;**179**:257.
 17. Ministry of Public Health Cuba (MINSAP). *The Objectives of the National Public Health System*. Havana, Cuba: MINSAP, 1996.
 18. Community Service. *The Power of Community: How Cuba Survived Peak Oil (Documentary)*. Ohio, USA: The Community Solution, 2006.
 19. Berkman L, Glass T, Brissette I, Seeman T. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med* 2000;**51**:843-57.
 20. United Nations Development Programme (UNDP). *Human development report 2007/2008*. Available at: http://hdr.undp.org/en/media/HDR_20072008_EN_Complete.pdf. Accessed February 28, 2010.
 21. Wu CLJ, Chiang TL. Comparing child health in Taiwan and selected industrialized countries. *J Formosan Med Assoc* 2007;**106**:177-80.
 22. 江東亮：醫療保健政策—台灣經驗。第三版。台北：巨流，2007；73-80、152-59、164-66。
 23. Spiegel JM. Commentary: daring to learn from a good example and break the 'Cuba taboo'. *Int J Epidemiol* 2006;**35**:825-6.