

思想述评

流行病视角下的公共卫生管理机制 和社会救助*

——评《1761—1813年墨西哥城的流行病：
管理、社会及医疗问题研究》

刘 豪

内容提要：库珀在《1761—1813年墨西哥城的流行病：管理、社会及医疗问题研究》一书中考察了18世纪后半期至19世纪初墨西哥城爆发的五次大流行病的产生及其影响，阐述了殖民地权力体系及社会的抗疫措施、问题及其成效。作者认为，尽管殖民地公共卫生管理体系已建立，但其权力分散，效率低下，缺乏强有力的监管和协调力量，导致城市公共卫生隐患突出；然而当疫情来临时，鉴于流行病对公共健康的重大影响和全面威胁，各权威机构能够积极应战，在总督的统筹下，各机构协调性加强，执行力得到提升，形成相互协作的全方位抗疫体系，减小了疫情的冲击。政府就流行病带来的社会问题采取了一系列救助措施，取得了一定积极成效，然而救助从深层次体现出墨西哥贫富两极分化问题。笔者认为，墨西哥城对抗流行病的历史为当下墨西哥政府应对新冠肺炎提供了宝贵的经验借鉴。尽管在全球化背景下人类社会进步飞速，公共卫生和疾病治疗水平大大提高，面对疫情，协调力量做好防治工作、重视社会问题和社会救助仍是各国抗疫政策的重中之重。

关键词：墨西哥 流行病 地理环境 公共卫生管理 协同抗疫 社会救助

作者简介：刘豪，南开大学历史学院拉丁美洲研究中心博士研究生。

中图分类号：R197.1 **文献标识码：**E

文章编号：1002 - 6649 (2020) 05 - 0138 - 16

* 本文是国家社科基金后期资助项目“拉美史学史研究”（编号：19FSSB002）的阶段性成果。

长期以来,流行病对人类造成的危害严重影响人类社会的生存与发展。尽管随着人类社会的进步、医疗水平和科学技术的不断发展,人类抵御病毒侵袭的能力显著增强,然而流行病依然是当今世界须共同应对的挑战。在以往的历史研究中,学者更多的是集中于经济和政治领域,而对公共卫生史、医学史的研究却明显不足。在这一背景下,唐纳德·D.库珀(Donald B. Cooper)的著作成为这方面少有的研究成果之一。库珀毕业于德克萨斯大学奥斯汀分校拉丁美洲史专业,从事拉美史教学工作42年。他进行了大量有关拉美流行病史的研究,将自己拉美历史的学术储备与在美国海军医院实践所产生的医学史兴趣结合在一起,贡献了一部优秀的流行病史著作《1761—1813年墨西哥城的流行病:管理、社会及医疗问题研究》(以下简称《流行病》)^①。

《流行病》一书前两部分介绍了墨西哥城的地理特征和公共卫生管理体系,并在第三部分集中剖析了1761—1813年间墨西哥城爆发五次大流行病的原因及其影响,评价了殖民地权力机构及个人的抗疫措施及其成效。作者选择1716—1813年间墨西哥城的流行病作为研究对象,主要是基于墨西哥城作为西班牙海外殖民地中最重要的都会地位^②。墨西哥城的流行病往往是肆虐整个新西班牙流行病的重要组成部分。由于墨西哥城人口众多,分布密集,流行病传播速度快、范围广,问题相对尖锐,以此为主题进行探讨可以反映新西班牙乃至整个西属美洲殖民地流行病的总体发展趋势和特征。另外,墨西哥城的殖民地权力体系和丰富的救助资源为抵抗流行病冲击提供了可能。通过透视该体系的运转机制可得知殖民地在流行病背景下权力架构和资源分配的情况。同时,相比殖民地其他时期,该时期相对充足和完备的史料文献也有利于复原和详尽考察墨西哥殖民地时期的流行病问题。

在新冠肺炎全球蔓延的今天,介绍这部著作有助于全方位了解18世纪后半期至19世纪初墨西哥城的流行病问题,引起国内学界对拉美流行病和卫生

^① 《1761—1813年墨西哥城的流行病:管理、社会及医疗问题研究》一书英文版参见 Donald B. Cooper, *Epidemic Disease in Mexico City, 1761-1813: An Administrative, Social, and Medical Study*, Texas: University of Texas Press, 1965; 西班牙语版参见: Donald B. Cooper, traducido por Roberto Gómez Ciriza, *Las Epidemias en La Ciudad de México, 1761-1813*, México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1980。本文副标题书名参考的是英文原版,但在引用或阐述书中内容时,笔者选择西班牙语版页码加注。

^② Rosaura Hernández Rodríguez, “Reseña sobre Donald B. Cooper, *Epidemic Disease in México City 1761-1813. An Administrative, Social and Medical Study*”, en *Revista UNAM, Investigaciones Históricas, Archivos*, Vol. 1, No. 001, 1966.

史的关注。本文以下将聚焦于公共卫生管理机制和社会救助的主题，介绍该著作的相关内容，并思考墨西哥新时期的抗疫政策。

一 流行病与墨西哥城自然地理特征

墨西哥城暴发的五次流行病分别为1761—1762年的伤寒和天花，1779—1780年的天花，1784—1787年的饥荒和包括肺炎、白喉、痢疾在内的传染病，1797—1798年天花（包括水痘）和1813年爆发的一系列热病（包括伤寒和黄热病等）。上述流行病具有传染性强、死亡率高和周期性暴发等特征。据保守统计，五次流行病共造成墨西哥城5万人死亡（第229页）。尽管受卫生及医疗知识限制，专家对墨西哥城各大流行病的产生原因众说纷纭，涉及气候、社会甚至宗教等领域，但无论如何，1761—1762年、1784—1787年和1813年肆虐的流行病均与缺乏卫生意识、环境污染和公共卫生治理水平低下密切相关；墨西哥城独特的自然地理特征与上述因素结合，增加了流行病爆发的风险。墨西哥城处于墨西哥谷地最低处，四周被高山包围。这一独特的地形地貌导致降水向谷地内部聚集，形成一系列湖泊和沼泽地，且不易流出，流动性较差，城内易遭受水患，同时也决定了殖民时期以墨西哥城为中心的山谷地区的生活和生产方式。因而，在墨西哥城流行病的专题研究中，鉴于该市自然地理特征的突出性，有必要对其关联性做出充分论证，以证明后者对流行病问题的影响。

随着殖民体系的确立及人类活动的增多，殖民者对自然资源如山林木材的过度开发和自然环境的破坏，导致水土流失、谷地内湖水泛滥。与此同时，殖民当局将湖泊当作城市生活污水和手工业废料的排放池^①，1637年前后城内7条干流和众多支流也将随意排放的大部分城市废物带往湖内（第34页），逐步改变了几个世纪以来与湖泊为伴的谷地居民的生活方式，造成了严重的生态污染。由于墨西哥城独特的水体环境，当周期性洪水肆虐时，除了财产损失和人员伤亡，城内纵横交错的河道和水沟将污染带上两岸，泛滥的湖水也将受污染的水源以及水中滋生的蚊虫和细菌带进墨西哥城，成为地方病和流行病传播的重要因素。如1795年受洪水影响，污水进入墨西哥城赫苏斯·

^① 具体可参见Gsutavo Ruiz y Sandoval, “¿Cuál es la Influencia Patogénica que Tienen los Lagos sobre la Ciudad de México?”, en *Gaceta Médica de México*, Vol. VIII, primero de mayo de 1873, p. 67.

玛丽亚修道院，导致9名修女感染病毒而死亡（第23-24页）。除此以外，殖民地时期多数墓地分布在城内，潮湿的土壤导致尸体无法深埋（第42页），其散发的“恶臭”通过空气传播，也形成严重的公共卫生隐患。

殖民当局同样意识到墨西哥谷地水体结构与流行病的关联性。考虑到周期性洪水^①带来的财产损失、公共卫生问题以及对社会运转的阻碍，两个多世纪以来，殖民当局制定并实行了一系列应对措施（包括修筑堤坝、开辟水渠以截流引水^②、清理和疏通河道、禁止排污、加高建筑基层等），试图解决水患和由此带来的卫生问题，形成总督、市政厅、专业技术人员、医护人员等多部门参与的联合防范机制^③，取得了一定成效。

除地形地貌及水体结构外，墨西哥城的气候变化、季节性降雨和空气流通性等自然环境因素也与流行病的爆发、规模和传播速度存在重要关联。

二 公共卫生治理层面的权力运行机制

墨西哥城独特的自然地理环境增加了流行病爆发的风险，而政府公共卫生治理水平则是克服上述不利因素、减小流行病威胁的关键。尽管殖民地公共卫生管理体系已经建立，但存在权力分散、效率低下、协调能力不足等问题，严重制约了公共卫生治理能力的发挥，带来了城市公共卫生隐患。然而，当流行病爆发并损害公共健康时，各权力机构在总督统筹下快速形成分工明确、相互协作的全方位抗疫体系，减小了疫情的冲击。《流行病》一书通过对非疫情期间的公共卫生管理机制和疫情下公共卫生权力组织形式的研究，有助于对墨西哥城公共卫生治理问题及其动态发展得出客观认识。

（一）非疫情期间的公共卫生管理机制

在新西班牙总督府所在地墨西哥城，负责公共健康与卫生问题的公共卫

① 其中较为严重的几次洪水分别发生于1629—1634年、1648年、1675年、1707年、1732年、1747—1748年、1785年、1795年等年份。参见 Juan Nepomuceno Adorno, *Memoria Acerca de la Hhidrografía, Meteorología, Seguridad Hidrogénica y Salubridad Higiénica del Valle, y en Especial de la Capital de México*, México, p. 14; Donald B. Cooper, traducido por Roberto Gómez Ciriza, *Las Epidemas en La Ciudad de México, 1761-1813*, México: Instituto Mexicano del Seguro Social, pp. 21-26。

② 其中最主要的是乌埃乌埃托卡（Huehuetoca）水道，它将墨西哥城北部9条河流引向新西班牙东北部的坦皮科，见第22页。

③ 有关更多应对措施的描述可参见 Charles Gibson, *The Aztecs under Spanish Rule: A History of the Indians of the Valley of Mexico, 1519-1810*, Stanford: Stanford University Press, 1964, pp. 303-307。

生服务管理体系已经形成。在非疫情时期，市政厅和御医团（也称皇家医学委员会、医师资格鉴定团）主导公共卫生政策的制定和实施，负责日常卫生问题，保障医疗质量；总督和检审庭作为辅助机构，制定法律法规，指导并督促相关卫生措施的实行（第31-32页）；教会则垄断了医院和墓地的经营管理权力。因此可以说，殖民地权力体系中的各阶层各部门均被纳入日常公共卫生问题的责任主体中。

市政厅的日常职责包括物资储备、公共卫生和公共安全（第32页）。在公共卫生领域，市政厅依据1612年由总督拟定、检审庭通过的“卫生条例”^①建立了卫生委员会，成为维护城市清洁和卫生的主要职能部门^②。此外，市政厅还负责出台其他卫生法规，实施相关计划，将总督的政策框架落到实处，从预防和治理两个层面维护城内公共环境卫生与市民健康，包括保障饮用水清洁；征调囚犯、印第安人进行河道疏通等卫生方面的劳动；规定市民和食品供应商的卫生义务等（第34-36页、第39页）。御医团作为新西班牙的主要医学组织，其职能包括对有意从医人群进行专业考核，从申请人的出身和宗教信仰等方面把控从医标准（第45页），以“药监局”的身份监控药店药品质量，审查药剂师从医资格，为总督提供医疗和公共卫生方面的建议等（第45-47页）。

总督是西班牙王室权威在殖民地的象征，权力涉及行政、军事、宗教等各领域。在公共卫生层面，总督负责制定总体目标与政策框架，同时也会根据需要灵活参与各项公共卫生事务，包括下令建设大型公共卫生基础设施和执行具体城市卫生整治方案，出台相关法令等（第47-48页）。检审庭仅限于负责公共卫生领域的案件仲裁，而“医院检审官”（juez de hospitales）作为其成员之一，专门负责皇家印第安人医院内部案件的调查及审理。此外，医院检审官还就医院卫生问题做出指示，如1806年卡瓦哈尔（Ciriaco González Carbajal）法官出于公共卫生考虑，命令将该医院以后所有死亡病人葬于城外（第51-52页）。

在殖民时期，教会的公共卫生职责包括管理医院、提供医疗服务、安放死者及墓地维护，大主教拥有对各项事务的决策权。教会往往结合宗教和世俗两种手段，在病人治疗期间除将病人的祷告传达至圣徒（第56-57页），乞求神灵庇佑外，也通过药物、手术等手段进行治疗。教友会受主教监管，

^① 该条例成为整个殖民时期墨西哥城法律法规的重要组成部分，见第32-33页。

^② 对于各机构与个人的职能权限，作者提供了丰富的史料文献以支撑其观点。

对其成员有提供医疗救助和支付下葬、弥撒费用等义务，有时也会出资维持医院运转（第 58 - 59 页）。

尽管已经确立了上述管理机制并在运作中取得了一定成效，例如 1789 年雷比亚基赫多伯爵（Conde de Revillagigedo）任新西班牙总督后，实行了一系列城市清洁与公共卫生方面的改革，改善了墨西哥城的卫生状况（第 49 页），然而墨西哥城的整体卫生状况仍不容乐观。《流行病》一书援引了大量历史文献证明新西班牙殖民体系中许多公共卫生政策最终并未得到落实（第 31 - 60 页），其原因包括如下几方面。首先，无论官方还是普通市民均缺乏卫生和环保理念，对公共卫生问题重视程度低，生活习惯和行业操作存在诸多公共卫生隐患（第 106 页）^①，这是流行病产生的根本原因。其次，总督身兼数职，无暇顾及公共卫生事务，从而致使其管理松散（第 231 - 232 页），而大主教的命令也时常得不到贯彻，政府相关法令法规不足以约束市民行为（第 36 页）。市政厅执行能力较弱，且存在经费不足和腐败问题，致使街道卫生、饮用水清洁得不到有效保障，城内墓地迁址工程进展缓慢（第 41 页）。此外，由于缺乏专门的负责和协调机构，市政厅、教会、御医团在公共卫生问题上权力分散，职能界限模糊，各自为政。其责任关系不明确，加之彼此利益牵扯较多，在许多政策法规的实施上存在竞争甚至对抗，相互掣肘，导致公共卫生管理体系反应迟缓、效率低下，无法消除公共卫生隐患，助推了流行病的高发。

（二）疫情下的公共卫生权力组织形式

当流行病爆发时，危机局势下权力组织形式发生了积极变化。为维护大众健康和利益，抵御流行病的灾害性打击，各行政、司法、宗教部门及个人须突破传统职能划分，全力促成合作态势；总督则全面参与、全程把控，成为防治工作的绝对指挥中心。

总督一方面持续听取疫情发展和防治工作汇报，评估各权力机构的相关政策建议和申请，另一方面下达通知、命令，联合官方及社会力量，直接干预下级官员因权力和资金限制无法解决的问题（第 116 页），起统筹协调的作用。检审庭除负责皇家印第安人医院的各项事务外，因总督在天花流行期间（1797—1798 年）缺席墨西哥城，还须承担总督的部分职责、提供战略性建议并与其保持密切联系。由于检审庭法官德米尔（Cosme de Mier y Trespalacios）分

^① 作品引用了御医团对流行病产生原因的描述，涉及市民日常生活诸多方面，从而揭示了墨西哥城公共卫生问题的严重性。1813 年初《墨西哥日报》（*Diario de México*）也揭露了城内丧葬行业和教会的不当操作，将其视为传染病扩散的重要因素。

管市政厅财政，其代总督、主检审官和市财政官三重身份赋予其重要角色（第131页、第141页），在流行病期间负责落实总督部署、调配资金、协调和督促各方力量以保证防疫计划的实施。

御医团以官方顾问形式存在，主要负责从医学层面寻找流行病产生的原因，评估疫情发展阶段和风险，研究防治对策，向政府提供相关信息、意见和建议^①。由于从医人员均须通过御医团考核，后者有权召集权威医师共同讨论防治对策，调配全城医生进行协作，同时对其行为负责。

包括堂区神甫、教士团在内的教会各级由大主教主导，以总督的政策框架和相关法令为基础，在宗教事务、医院和墓地管理的权限范围内根据需要采取一系列措施，包括动员堂区进行防治宣传、方法引导和病患排查（教会利用堂区直接控制教民的优势保障了上述措施的实行）、建设临时医院、增设病患床位、指定和建造下葬墓地、组织慈善捐赠等，其目的在于在尽可能防止病毒传播的前提下提供医疗救助，给予精神支持和临终关怀。

市政厅在疫情期间同样发挥其公共卫生政策制定和执行主体的功能，在疫情防控方面发挥积极作用。市政厅直接负责市民管理，对城市进行区域划分（1782年市政厅将城市分为32个区域）（第146页），委派区长负责政策实施并强化其排查能力、防控能力、善款筹集能力和救助能力。在传统职能层面，市政厅强化了防治宣传、城市清洁、消毒杀菌和保障食品卫生及供应的能力。此外，市政厅也配合总督和其他权力机构及个人执行相关政策，包括作为教会的补充力量提供临时性的医疗服务（第55页），配合人痘接种计划建立临时接种中心（第146页），与教会、检审庭等合作发起“九日敬礼”（*novena*），根据传统经验选择对应守护神以求其庇佑渡过疫情难关等。^②

社会力量也在疫情中发挥作用，具体表现为独立行业组织、公共或私人慈善机构及个人捐赠。经费筹集渠道包括矿业法庭、贸易法庭、慈善总会领导的墨西哥城180个街区慈善团体和直接管理的特别资金“救助箱”^③、区域性救助团体以及社会上层人士。社会力量响应总督、检审庭、教会（主教与教士团）和市政厅号召，同时受人道主义思想与基督教博爱观驱使（第148页），以财力和人力支持官方防治工作，为穷人救助政策提供资金。

^① 由于御医团的专业性，其政策意见往往最终被采纳，如1797年御医团对人痘接种的建议。

^② 1762年、1784年、1797年和1813年均举行过九日敬礼。

^③ 街区慈善团体负责街区内的善款筹集和分配，而“救助箱”则由慈善总会直接筹集，按需分发，见第162页、第167页。

（三）公共卫生管理：以天花疫情为例

《流行病》一书以1761—1762年、1779—1780年以及1797—1798年天花流行时期为例考察了殖民地的公共卫生管理情况。天花存在于漫长的人类历史中，对人类社会造成严重危害。16世纪天花由欧洲传入美洲，造成大量人口死亡。1520年第一例天花病例的输入和传播^①是阿兹特克帝国灭亡、西班牙人征服墨西哥的重要因素。在整个殖民时期，天花长期肆虐新西班牙，造成大量周期性感染和死亡，成为殖民地公共卫生管理的核心议题之一。

事实上，在1761—1762年、1779—1780年天花流行期间，针对天花的公共卫生管理机制已经开始有效运转，各部门和个人积极合作，加强协调能力，并通过调动资金和人力将各项措施落到实处。在防控层面，市政厅投入专项资金用于建造城外墓地，专门安放传染病死者（第84页），并于1779年10月29日发起“城市街道特别清洁行动”（第84页），意在改善城市公共环境卫生，降低污染风险，限制病毒生存空间。各堂区除负责区域内死者安葬外，也在大主教统筹下进行合作，解决部分堂区墓地资源紧张等问题（第96—97页），通过遗体的及时下葬控制流行病传染威胁。

在治疗层面，大量病患导致医院床位紧缺。教会、市政厅、检审庭等权威机构通过建立临时医院、增加病床数量等措施提高患者接待能力。在1761—1762年疫情期间，皇家印第安人医院在毗邻的墓地搭建了临时医疗场所。此外，市政厅、教会和皇家监狱还调动资源，资助或组建了至少3家临时医院以缓解流行病患者的就医问题（第72—73页）。在1779—1780年天花肆虐期间，迪奥斯医院院长伊斯基耶多（Joaquín Izquierdo）神甫向总督寻求市政厅的物资支持以增加病床数量，很快获得市政厅的回应并付诸行动（第79—80页）。另外，努涅斯·德阿罗大主教请求总督将前耶稣会用地改建为临时医院，也获得总督批准（第80页）。最后，在总督的统筹下，教会与御医团（第84—85页）、药剂师、外科医生及其他领域医学专家通力合作，在积极救治的同时，寻求传染病的有效防治手段，多管齐下抗击疫情。通过上述合作，天花流行时期的治疗能力和治疗水平得到提升，成为各权威机构合作的范例。

以1761—1762年和1779—1780年天花防治经验为基础，1797—1798年

^① Carlos Franco Paredes, et al., “Perspectiva Histórica de la Viruela en México: Aparición, Eliminación y Riesgo de Reaparición por Bioterrorismo”, en *Gaceta Médica de México*, Vol. 140, No. 3, may/june 2004, pp. 321-327, p. 322.

天花防治在协作与政策执行力等方面则更进一步，通过提前进行疫情预判、积极做好防控部署并根据疫情形势不断提升防控等级等方式阻击疫情。根据1788年的总督法令，各堂区在发现天花疑似病例后须立即上报（第117页），为及时发现和监测天花传播提供了有利条件，并为制定相关计划和政策实施争取了时间。1796年天花爆发在即，总督迅速出台了以隔离为主的防控政策，通知地方官员做好防治工作，下令印刷防护宣传册等（第122-125页）。1798年2月，总督、御医团和其他政府官员协同制定了流行病的防治政策，并通过总督权威以法令形式颁布（其中包含了当时最先进的天花防治手段，还包括让感染者立即隔离、让死者远离人口聚集地下葬、中断受感染区域的对外联系、自愿人痘接种等）。此外，总督法令还作了其他补充性防控部署，包括设立隔离场所、及时上报病例、加大排查力度等（第126-129页）。以检审庭为纽带，为评估疫情发展形势，教会和御医团每周须汇报感染和死亡病例，由大主教和御医团分别安排堂区神甫和医生完成报告（第155-156页），并通过排查和隔离做好疫情防控，同时扩大医院接待能力。

总督与各权威部门积极调整防控政策。面对隔离措施的诸多弊端和局限性以及感染病例不断增加的困境，御医团极力建议人痘接种，并试图通过总督权威和影响力予以实施，弥补自身权限制约。总督在采纳御医团的建议后，下令各权力机构配合大规模人痘接种计划，将其作为优先防控措施，得到教会和市政厅的积极响应和贯彻落实。各堂区在总督和大主教的要求下进行人痘接种宣传（第144-145页）。大主教在圣安德烈斯医院建立了第一家面向公众的免费接种中心（第150页），随后市政厅也成立了接种中心（第151-152页）。另外，随着疫情发展，市政厅与大主教商讨祈祷对象，在大主教、教士团、皇家检审庭及其他机构、组织及个人的广泛参与下，于1797年11月17日发起“九日敬礼”，紧接着又于12月4日举行了以瓜达卢佩圣母为祈祷对象的“九日敬礼”（第169-170页）。最后，慈善总会筹集大量善款对贫困群体进行积极救助，使得贫困人群的感染率和死亡率下降。总体上看，总督的统筹推进和官方管理机构及个人的积极配合，使得疫情灾害性大大减弱。

（四）流行病防治框架下的权力运行机制

尽管不同流行病时期的抗疫手段存在差异，抗疫的强度和深度也有所区别，通过对不同时期具体防治操作的比较研究，仍可发现其共性并构建流行病防治框架下殖民地的权力运行机制。

在疫情期间，总督高度重视，安排防控部署，有权将相关法令和政策下达至各机构及责任人，包括检审庭庭长、大主教、市政厅官员、御医团成员以及堂区神甫、专业医生、区长和社会组织，涵盖殖民地权力体系各部门。除响应总督号召、执行总督计划外，检审庭庭长、大主教、市政厅官员须承担抗击流行病的主要责任，在检审庭、教会和市政厅各自管辖范围内行使权威，向下级传达有关指示，同时有权根据总督部署制定和实施具体政策。各机构在政策执行过程中须对总督负责。

此外，鉴于流行病对公共健康的重大威胁，各权力机构积极应战，除强化自身体系内部的反应能力和执行力外，也在总督的协调和促进下寻求合作。许多机构由于其职能范围有限，须通过合作商讨具体防疫措施的选择，协调执行方法和步骤。各机构均须向总督汇报，并有权提出建议，总督则根据建议的重要性进行评估。在有关建议获得总督批准后，则由总督安排下达各机构，督促各机构进行合作。当某一机构制定的防治计划措施超出其权限范围、约束力不足时，也可向总督申请，利用总督权威保证计划的顺利实施。由此可见，在疫情期间墨西哥城的权力关系和实施方式发生明显变化，非流行情况下各部门的行政壁垒被打破，在总督的统筹下相互间联系更为紧密，使得相关法令约束力不足和管理机构执行力低下的问题得到改善，形成了总督可对所有机构和层级施令、各机构内部分工明确的垂直责任关系以及不同机构间在各层面相互协作的全方位抗疫体系。

三 社会问题与社会救助

流行病不仅是卫生和健康问题，更是社会问题。库珀在《流行病》一书中指出，流行病是社会贫困问题在公共卫生层面的反应，其本身也会引发严重的社会危机，带来极端贫困。因此，针对贫困群体的社会救助自然也成为抗击疫情、恢复社会秩序的重要内容。

（一）贫困与流行病的相互关系

新西班牙社会的贫富差距根植于该时期森严的等级体系和财富分配体系，并在流行病这一公共卫生框架内得以充分暴露；反过来看，流行病则是新西班牙社会的贫困与不公在特定卫生条件和医疗条件制约下的集中表现与必然结果。

殖民地时期，墨西哥城贫困人口占该市总人口比例高达 2/3（第 83 页），

贫困人群居住环境恶劣、卫生条件简陋、防范意识缺乏、身体素质相对较低，成为流行病的主要攻击人群和传播对象。流行病与贫困互为因果，导致恶性循环。流行病肆虐导致食物和物资匮乏，收入减少，贫困人群若被感染，除无法支付医疗费用外，生活必需品也无法得到保障，从而陷入更加绝望的境地。相反，由于贫困群体人口基数大、易受感染，若该群体的传染趋势得不到抑制，将成为传播源并进而增加墨西哥城病毒大流行的风险^①。此外，如因气候或人为原因（如战争）出现饥荒，城市生活水平下降，大量农村移民涌入城市，贫困人口数量激增，与传染病结合将扩大病毒传播范围，增加感染者死亡率。例如，1785年饥荒导致新西班牙中南部地区流行病问题加剧（第98页）。在整个新西班牙，饥荒与传染病共造成30万人死亡（第95页）。1813年墨西哥独立战争对农业和商业打击巨大，加之殖民政府深陷政治囹圄，忽视了社会问题和流行病防治，许多地区食物和公共卫生得不到保障，也加速了传染病的传播。

另外，贫困人群由于文化程度较低、思想保守，对政府的防治政策不信任，导致流行病期间对该群体的排查和治疗难度较大。贫困群体更愿意依赖传统治疗手段或超自然力量，排斥医生的医学治疗手段，畏惧集中隔离，排斥人痘接种，其中尤以印第安人为甚（第118-119页）。因此，提供药品和食物成为相对可行的救助方式。

（二）疫情下的社会救助机制

新西班牙各权力机构和个人都意识到对针对贫困人群的预防和贫困患者救助的必要性，试图解决疫情期间社会底层感染者缺乏医疗救助和生活来源的问题。总督、市政厅、教会及御医团通过调动资金提供无偿救治、基本生活物资和住宿等方式进行援助。

市政厅多渠道筹集资金，教会以堂区为单位对民众提供医疗救助，医生也履行获取从医资格时的承诺，在必要情况下对贫困病人提供无偿救治（第85页）。此外，新西班牙政府还建立了一套慈善救助机制。慈善救助通常由总督和检审庭（代行总督职责期间）根据流行病发展形势发起，包括官方捐助、行业组织捐助和个人捐助，后者由市政厅和教会负责实施。市政厅的具体措施包括划分城市区域、确定各区富裕家庭（第160页）、根据社会标准制定墨西哥城贫困人员名单，通过定期调查确定贫困患者（第82页），从而确

^① 如1779年天花导致城内44286人感染，其中36720人须寻求慈善机构的救治，见第89页。

定救助和被救助对象，协调街区救助关系（第 83 页）。

堂区神甫对捐赠人提供帮助和建议（第 83 页），大主教则在教士团、市政厅、贸易法庭及矿业法庭成员的协助下负责墨西哥城慈善总会的组织和运作^①。市政厅与教会合作，确定以街区和堂区为单位进行邻里互助和区域互助（第 128 页），动员各区富裕市民组成慈善团体并进行赞助，形成上至总督下至个人、官民积极协作的全方位社会救助体系。1779—1780 年针对天花流行的援助计划共筹集 147263 比索，其中 99304 比索为个人捐助，其余部分来自市政厅、总督及其他官方机构（第 84 页）；此外，根据慈善总会的数据，1797—1798 年该机构共筹集 127897 比索，其中 59% 来源于“救助箱”，其余部分来自其下属的各街区慈善团体（第 180 页）。

（三）社会救助体系的缺陷及其根本原因

尽管社会救助体系已经建立，但所有机构、组织及个人均以保障自身利益为前提，因而在资金来源问题上争执不休^②，教会的“特别贡献”也往往只针对“受尊敬”的社会上层（第 149 页）。许多情况下，由于社会救助不足，大量贫困患者得不到救治或死于饥饿。慈善总会在 1779 年流行病救助中即存在善款使用效率低的问题（第 177 - 180 页）。1813 年疫情期间，许多有能力的个人和团体拒绝捐款（第 207 页、第 210 页），市政厅提供的贫困人群救助服务也因资金不足而宣布停止救助并逐步终止（第 211 页、第 215 页）。另外，由于医疗场所有限，常出现病人积压且得不到合理救治的情况，从而加速其死亡。

事实上，殖民地时期墨西哥城开展社会救助的根本原因在于“治愈病人从而避免其他人（即殖民体系中的权贵阶层）被感染”（第 83 页）。御医团将流行病的高死亡率归结于穷人“不良的生活习惯”和“就医不及时”（第 104 页），认为穷人阶层存在“顽固性”（第 106 页）、“错误与偏见”（第 202 页）和对“现代”治疗方式的抵触，不值得同情和救助（第 202 页）。上述观点反映了新西班牙上层社会对贫困人群的社会态度，从深层次体现出社会分层和根植于殖民地社会的阶层问题。在非疫情期间，贵族、教会、政府官

^① 1797 年天花流行期间，上述机构（包括总督和大主教本人）向慈善总会承诺捐助 58000 比索，见第 162 - 165 页。慈善总会直接对总督负责，监督和协调医生的救治服务，评估新的治疗手段，并将所得善款用于购买并合理分发医疗用品及基本生活物资，见第 166 - 167 页。1813 年流行病期间，市政厅筹集的善款也有类似用途，见第 201 页。

^② 例如总督与市政厅在穷人救助资金来源问题上产生的冲突。

员和富裕商人形成的上层社会垄断了大部分社会资源^①，而贫困人群的生存情况并未引起官方重视，贫富两极矛盾无法调和。流行病期间对贫困人群的慈善救助很大程度上源于上层阶级的“自我救助”，其目的在于免受感染威胁，同时保证廉价劳动力的正常使用，以维持殖民地经济与社会的运转。

四 新时期的协同抗疫和社会救助

在《流行病》一书的结尾，作者从公共卫生管理权力架构层面、社会层面和医学层面总结了殖民时期墨西哥城流行病频发和高致死率的原因，具体包括管理机构在公共卫生问题上缺乏强有力的监管和协调；贫困人群数量大；医疗条件和水平的制约以及不恰当的防控和治疗措施等（第229-242页）。最后，作者对流行病所揭示的殖民地社会不公问题进行了社会批判（第242-245页）。

墨西哥城历史上的公共卫生治理机制和社会救助为当前抗击新冠肺炎疫情提供了历史经验。当前，在全球化背景下，医学不断发展，医疗资源和经验全球共享，流行病防控和治疗手段也日趋科学和理性。另外，随着人类社会的进步，自然环境的不利因素得到一定程度的克服，市民卫生观念增强，公共卫生问题得到显著改善。尽管如此，面对新冠肺炎这一百年不遇的流行病，人类的脆弱性仍然暴露无遗。由于目前并无根除新冠病毒的方法，协调力量做好疫情防治、重视社会问题和社会救助则成为各国政府的主要任务。当前，新冠肺炎仍处于全球蔓延阶段，截至2020年9月30日已造成全球3000多万人感染^②。墨西哥作为拉美人口第二大国，全国已确诊近80万例，死亡8万多例。墨西哥城作为全国政治、经济和文化中心，聚集了800多万人，占全国总人口的7%以上^③；该市成为墨西哥疫情暴发最为集中的区域，感染人数超过13万例，占全国总感染人数的17%以上^④。

① 根据1806年数据，上层社会群体占据了墨西哥城505个私人取水点中的大多数，而普通民众只拥有28个公共取水点，见第38-39页；另外，御医团的医师考核将申请人的出身视为重要指标，见第45页。

② 数据来自世界卫生组织。http://covid19.who.int/. [2020-10-01]

③ 数据来源于墨西哥国家统计与地理局（INEGI）2015年人口普查。http://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/intercensal/2015/doc. [2020-05-16]

④ 加上墨西哥州，墨西哥谷地及周边地区感染人数达222646人，占全国比重几近三成。见墨西哥政府网站http://coronavirus.gob.mx/datos/. [2020-09-30]

总体上看,病毒的外源性特征为墨西哥抗疫活动提供了国际经验和准备时间。面对流行病再度来袭,墨西哥政府积极应对,其防控与合作机制大致如下。墨西哥卫生健康委员会作为国家卫生领域的权威机构,直接对总统负责,制定总体防治政策。卫生部每日召开疫情通报会,介绍疫情发展形势,并按照卫生健康委员会的防控部署,确立可实施的指导性方案,在联邦政府和州、市政府的协助下,由各地卫生部门负责实施。同时,各州有权根据自身情况对具体措施作出适当调整,灵活出台补充性政策规定。在财政层面,联邦和各州政府通过调整预算加大对流行病防治的投入^①;在防护层面,联邦和各州卫生部于3月23日启动全国“健康距离”措施,包括个人防护、取消非必要活动、避免人群聚集等^②。卫生健康委员会于3月30日宣布进入全国卫生紧急状态^③。

在墨西哥城,3月31日市长施恩鲍姆(Claudia Sheinbaum)宣布首都自4月1日起关闭除医疗、餐饮和基本生活服务之外的所有商业经营场所^④。政府还通过强化城市消杀、设立监测点和防疫宣传,呼吁市民尽量避免外出等方式控制病毒传播。在治疗层面,除与中国和美国等国开展国际合作^⑤、配备医疗设备和防护物资外,政府还与国防部、海军部^⑥和私立医院系统^⑦合作,在“共同抗击新冠肺炎计划”、“灾害条件下市民援助计划”、“海军计划”(Plan Marina)等行动框架内整合全国医疗资源,增加医护人员和医院数量,提高病患接待能力。同时,墨西哥城市政府还与国立自治大学等研究机构进行合

^① Alonso a Urrutia y Néstor Jiménez, “AMLO Llama a Gobernadores a Ajustar Sus Presupuestos por Covid-19”, en *La Jornada*, abril 20, 2020. [2020-05-16]

^② Gobierno del Estado de Tabasco, “Inicia Jornada Nacional de Sana Distancia”, marzo 23, 2020. <http://tabasco.gob.mx/noticias/inicia-jornada-nacional-de-sana-distancia>. [2020-05-15]

^③ Secretaría de Salud del Gobierno de México, “Consejo de Salubridad General Declara Emergencia Sanitaria Nacional a Epidemia por Coronavirus COVID-19”, marzo 30, 2020. <https://www.gob.mx/salud/prensa>. [2020-05-14]

^④ Gobierno de La Ciudad de México, “Cierre de Centros Comerciales por Emergencia Sanitaria”, marzo 31, 2020. <http://www.cdmx.gob.mx/portal/articulo>. [2020-05-10]

^⑤ 4月7日,第一批由中国提供的医疗物资从上海发往墨西哥城。在接下来的两个月时间内,墨西哥外长埃布拉德(Marcelo Ebrard)确认还将有19个航班从中国向墨西哥运送医疗物资。见 *El Hospital*, “Suman 20 Toneladas de Insumos Médicos para México Provenientes de China”, abril, 2020. <http://www.elhospital.com/temas>. [2020-06-17]

^⑥ Gobierno de La Ciudad de México, “Sedena y Semar Aportan Camas de Hospitalización”, mayo 6, 2020. <http://www.cdmx.gob.mx/portal/articulo>. [2020-05-16]

^⑦ Gobierno de México, “¡TODOS JUNTOS CONTRA EL COVID!”. <http://coronavirus.gob.mx/todos-juntos/>. [2020-05-16]

作，生产 N95 口罩，研发新冠病毒疫苗等^①。在政府部门、军事力量、科研单位的协作下，墨西哥的抗疫活动取得了一定成效，避免了确诊人数的爆发式增长。

流行病同时带来了严重的社会问题。根据墨西哥国家社会发展政策评估委员会（CONEVAL）的统计，2018 年墨西哥总人口中 41.9% 处于贫困状态，25.5% 的人饮食得不到保障。^② 受新冠肺炎影响，大批企业倒闭、非正规就业受到严重威胁。根据墨西哥社会保险局（IMSS）的报告，2020 年 3—7 月墨西哥有近 120 万个工作岗位消失^③。按照估计，流行病将导致墨西哥贫困人口增长 7.2% ~ 7.9%，并使 610 万 ~ 1070 万人陷入极端贫困^④，极易引发社会动荡，影响政治稳定。此外，贫困人群防范意识较弱，不愿配合政府的防控措施，加之其食物储备有限，外出需求大，因而感染风险相对较高。墨西哥的高贫困率为病毒传播提供了空间，增加了政府抗疫的难度。在此情况下，联邦和各州政府通过一系列措施对贫困群体进行积极救助。以首都墨西哥城为例，4 月 16 日市长宣布将加大救助力度，在已提供的支持基础上，再投入 20 亿比索，增加失业保险金和受惠人数、发放家庭补助和微型企业小额贷款、分发食品券等^⑤。5 月 20 日，市长还宣布将向墨西哥城 10 万露天集市及其他群聚性经营场所商贩发放每人 2.5 万比索的无息贷款，保障非正规就业人群基本生活，避免人群流动和聚集^⑥。8 月 21 日起，墨西哥城启动“新冠肺炎检测与感染病例隔离计划”，在 7 月 15 日实施的“优先关注地区”政策的基础上，强化对首都各疫情高发区的重点监控、排查、病例跟踪和诊治。疫情高发区往往为贫困人口

① Wendy Roa, “CDMX y UNAM Desarrollarán Vacuna Contra Covid-19”, en *Excelsior*, mayo 16, 2020. <http://excelsior.com.mx/comunidad>. [2020-05-17]

② CONEVAL, “Medición de Pobreza 2008-2018, Estados Unidos Mexicanos”. <http://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobrezalnicio.aspx>. [2020-06-17]

③ 其中 3 月共有 19.8 万个正式岗位消失，4 月、5 月、6 月和 7 月分别约有 55.5 万、34.5 万、8.3 万和 3.9 万个工作岗位消失，参见 Héctor Figueroa, “México Recupera 92 Mil Empleos en Agosto, Reporta IMSS”, en *Excelsior*, septiembre 12, 2020. <https://www.excelsior.com.mx/nacional/mexico-recupera-92-mil-empleos-en-agosto-reporta-imss/1405393>. [2020-09-15]

④ CONEVAL, “La Crisis Sanitaria Generada por la Covid-19 y Sus Consecuencias Económicas Ponen en Riesgo Avances en Desarrollo Social y Puede Afectar en Mayor Medida a Grupos Vulnerables”. <http://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Comunicadosprensa/Documents/2020>. [2020-07-17]

⑤ Jefatura de Gobierno, “Amplía Gobierno Capitalino Apoyos para la Economía Familiar durante Epidemia de COVID-19”, abril 16, 2020. <http://jefaturadegobierno.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota>. [2020-06-11]

⑥ Gobierno de La Ciudad de México, “Apoyos para Comerciantes de Tianguis y Bazares”, mayo 20, 2020. <https://www.cdmx.gob.mx/portal/articulo>. [2020-07-18]

居住区，通过对该区域人群提供免费检测、物资和医疗救助，可以有效阻断病毒传播链，同时解决被隔离者家庭的生计问题^①。此外，民间也以各种形式自发组织物资和食物捐赠，与官方共同支持抗疫。

当前，墨西哥仍处于疫情防控的攻坚阶段^②。2020年5月13日，联邦政府宣布分三阶段逐步进入“新常态”，并于6月1日起开启“疫情信号灯”模式，以感染病例增长趋势、空余病床数占比为依据，在相关卫生措施的保障下分地区分阶段重启社会、教育和经济活动，以寻求疫情带来的经济社会问题与公众健康问题之间的平衡。通过疫情信号灯等一系列有效防控措施，自2020年7月下旬起，全国确诊病例已连续9周呈下降趋势^③，墨西哥经济开始逐步复苏，从而在一定程度上缓解了社会问题。

正如世界卫生组织总干事谭德塞的提醒“新冠肺炎比恐怖主义‘更为凶残’”^④，在当今全球化时代，流行病是全人类共同面临的问题，需要各国积极协作，共同应对。尽管存在一系列问题^⑤，抗疫形势依然严峻，但随着现代医学的发展、公共卫生管理体系的健全和疫情防治信息的全球共享，墨西哥政府的防治措施目前为止总体上富有成效。相比1761—1813年期间的流行病，政府的防控措施更到位，医疗资源更完备，社会救助覆盖面更为广泛，从而使新冠肺炎的感染率和死亡率大幅下降。墨西哥城作为疫情重灾区，经历过多次流行病的“洗礼”，相信在新的时代背景下也能通过高效的公共卫生管理和合作机制成功抵御灾害影响并妥善处理社会问题。

(责任编辑 黄念)

① Gobierno de La Ciudad de México, “Presenta Gobierno Capitalino Programa Territorial para la Detección y Aislamiento de Casos Positivos de COVID-19 en 158 Colonias”, agosto 21, 2020. <https://covid19.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota>. [2020-09-01]

② 墨西哥政府于4月21日宣布进入疫情第三阶段。Secretaría de Salud del Gobierno de México, “Inicia la Fase 3 por COVID-19”, abril 20, 2020. <http://coronavirus.gob.mx/2020/04/21/inicia-la-fase-3-por-covid-19>. [2020-05-10]

③ Dirección de Información Epidemiológica, “23o Informe Epidemiológico de la Situación de Covid-19”, septiembre 28, 2020. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/581272>. [2020-09-29]

④ Europa Press, “La OMS Asegura que el Virus es ‘Más Atroz’ que los Atentados Terroristas y Pide ‘Unión’ a Todos los Países”, en *Heraldo*, abril 29, 2020. <https://www.heraldo.es/noticias/internacional/2020/04/29>. [2020-06-10]

⑤ 包括防控措施缺乏强制性、检测数量不足、病例追踪能力较低、社会救助不足等问题。