

DOI: 10.14015/j.cnki.1004-8049.2019.07.008

高良敏、程峰：“阿迦汗发展网络”：东非百年全球卫生治理经验与借鉴，《太平洋学报》，2019 年第 7 期，第 93-104 页。

GAO Liangmin, CHENG Feng, “Aga Khan Development Network: A Hundred Year’s Experience and Lessons of Global Health Governance in East Africa”, *Pacific Journal*, Vol. 27, No.7, 2019, pp.93-104.

“阿迦汗发展网络”：东非百年全球 卫生治理经验与借鉴

高良敏¹ 程峰¹

(1.清华大学,北京 100084)

摘要：非西方、非本土的社会组织可以在东非全球卫生治理中扮演重要角色。本文通过研究阿迦汗发展网络(AKDN)在东非全球卫生治理中扮演的角色,指出其之所以能在东非广泛地参与全球卫生治理,不仅与印度和东非悠久的互动史有关,还与其采取“去宗教化、发展世俗化”的本土化策略有关。该网络不仅积极主动与本土原生社区融合,维护本教人员核心利益和地位,还与西方、全球性组织合作,同时积极争取话语权。与此对应,阿迦汗发展网络有五点经验值得中国借鉴,分别为与本土社区合作,促使华人华侨社区参与,积极与全球性或西方的组织交流合作,支持中国民间社会组织参与,通过当地媒体有效展示项目成果。最后,该案例提示,非西方、非本土的社会组织在全球卫生治理中扮演重要角色并做出贡献应予积极阐释,其本土化经验也值得中国借鉴。

关键词：阿迦汗发展网络;全球卫生治理;社区健康服务;印度健康文化

中图分类号:D815

文献标识码:A

文章编号:1004-8049(2019)07-0093-12

一、研究问题与意义

“西方—本土”二元叙事主导了当今全球卫生治理(Global Health Governance)的叙事与实践。第二次世界大战后,全球卫生治理一直是西方主导国际新秩序的重要内容之一,而 1948 年世界卫生组织(World Health Organization,简称

WHO)成立是其中标志性事件。回顾历史,全球卫生治理是联合国此前提出的千年发展目标(Millennium Development Goals,简称 MDGs)和近年提出的可持续发展目标(Sustainable Development Goals,简称 SDGs)中的重要内容。由于全球卫生治理与经济、政治、社会、文化等全球性议题密切相关,除了由世卫组织主导外,联合国其他相关部门也扮演着重要角色,而广大发

收稿日期:2019-04-15;修订日期:2019-06-15。

基金项目:本文系国家自然科学基金项目“基于 EES 设计 MSM 人群苯丙胺类兴奋剂滥用与 HIV 感染的实证研究”(71874100)的阶段性研究成果。

作者简介:高良敏(1983—),男,云南建水人,清华大学社会学系与清华大学国际与地区研究院联合培养博士后,医学人类学博士,主要研究方向:东部非洲的疾病、社会与文化;程峰(1963—),男,湖北红安人,清华大学医学院公共健康研究中心教授,热带医学博士,主要研究方向:传染病防控、全球健康政策及卫生援助合作机制。

*感谢《太平洋学报》编辑部和匿名审稿专家提出的建设性修改意见,文中的错漏由笔者负责。

展中国家是全球卫生治理工作重点区域。^①近 30 年来,世界银行(World Bank,简称 WB)凭借其丰厚资源和强大全球话语权,也成为全球卫生治理重要参与方。此外,比尔及梅琳达·盖茨基金会(Bill & Melinda Gates Foundation)等全球性基金会也广泛参与全球卫生治理。在上述西方主导的全球性组织或机构支持下,很多发展中国家本土社会组织也广泛参与全球卫生治理,^②如坦桑尼亚本杰明姆卡帕艾滋病基金会(Benjamin Mkapa HIV/AIDS Foundation)就是其中之一。

在非洲,卫生健康一直是发展的重要议题,更是全球性组织、西方国家支持社会组织工作的重要领域。^③这些组织之所以能够在当地扎根,与西方主导从殖民时期到后殖民时期的全球化进程有莫大关联。本质上是一种西方价值观、社会建构方式的嵌入。虽然西方组织本土嵌入过程也极其漫长,但充斥着不对等二元价值观,即主动嵌入一方自视其文化与制度均优于、强于接受的本土方。显然,这种不对等情形下产生的全球卫生治理经验和范式也必然充斥着“西方—本土”二元观,必有一定的制度缺陷和文化缺陷。^④

纵观历史,虽然西方对非洲有重要影响,但非洲也受到其他国家或地区的影响。在具体全球卫生治理领域,非西方、非本土社会组织也广泛参与非洲全球卫生治理,然而,其贡献受到当下“西方—本土”二元叙事忽略。比如,印度次大陆,^⑤阿拉伯世界、中国等多元主体就参与了东非的医疗卫生领域。印度次大陆早在公元 1 世纪就凭借印度洋季风与非洲有人员和贸易往来,这种交往深度影响了东非的历史、社会、文化、医疗与健康。如源于南亚的阿迦汗及其发展网络(Agha Khan Development Network,下文简称 AKDN),它与阿拉伯、西方世界均有一定关联,已有 80 余年参与东非全球卫生治理的历史。同样,早期波斯设拉子人、阿曼苏丹帝国等对东非斯瓦希里文化的产生有着长期而广泛的影响。

就中国而言,一直与东非分享自身社会发展、医疗、公共卫生等方面的经验,积极倡导建构人类命运共同体。^⑥如,上世纪 70 年代中国“赤脚医生”制度在坦桑尼亚社会主义建设时期得到

很好应用,90 年代坦桑尼亚还引入中国传统医药应对早期艾滋病流行。近年来,中国参与全球卫生治理的形式出现多元化转向,从早期物资捐赠、医疗队援助,发展到囊括公共卫生领域中经验分享。^⑦有学者指出,^⑧与西方“理论性建构”不同,中国更多强调“经验性建构”,有产生“经验陷阱”的危险。由于东非曾为西方殖民地,中国经验不可避免地遭遇“西方在场”的因素。鉴于此,来自印度次大陆的经验有值得中国借鉴之处。

综上可见,在东非全球卫生叙事中,应该纳入非西方、非本土方的多元视角。对此,仍有一系列基本问题拟待探讨,如,非西方、非本土社会组织是否切实在全球卫生治理中扮演着角色?扮演怎样的角色?它们与西方、与本土分别有何关联?它们在非洲全球卫生实践中遵循着何种策略?哪些经验值得中国借鉴?鉴于此,本文将选择阿迦汗发展网络在东非开展全球卫生治理作为案例来剖析,主要从如下四方面入手:第一,梳理 AKDN 参与东非全球卫生治理的历史与现状,分析其特点;第二,从历史维度分析 AKDN 参与东非全球卫生治理的百年历程,梳理它扎根东非的重要历史节点;第三,探

① Maud M. Huynen, Pim Martens, Henk B. Hilderink, “The Health Impacts of Globalisation: A Conceptual Framework”, *Globalization and Health*, Vol. 2, No. 14, 2005, pp.1-12.

② Kelley Lee and Adam Kamradt-Scott, “The Multiple Meanings of Global Health Governance: A Call for Conceptual Clarity”, *Globalization and Health*, Vol. 28, No. 14, 2014, pp.1-10.

③ Kelley Lee, “Civil Society Organizations and the Functions of Global Health Governance: What Role within Intergovernmental Organizations?”, *Global Health Governance*, Vol. 3, No. 2, 2010, pp.1-10.

④ Lawrence Gostin and Emily A. Mok, “Grand Challenges in Global Health Governance”, *British Medical Bulletin*, Vol. 90, No. 1, 2009, pp. 7-18.

⑤ 本文中的“印度”,结合历史、文化两个因素,界定为一个广泛文化意义上的印度,不仅包括当今的印度共和国,还包括巴基斯坦、斯里兰卡等南亚地区,以及在东部非洲且与南亚仍有重要文化关联的印度移民社区。详见李鹏涛、车能:“东非印度人的历史与现状”,《世界民族》,2016 年第 6 期,第 52-63 页。

⑥ 邱卫东:“全球时代的人类命运共同体:内在限度与中国策略”,《太平洋学报》,2018 年第 9 期,第 47-58 页。

⑦ 高良敏、景军、程峰:“由援助到共融:从抗击埃博拉看中国参与全球健康治理的变迁”,《中国卫生政策研究》,2016 年第 1 期,第 45-50 页。

⑧ 李小云、张悦、刘文勇:“知识和技术的嵌入与遭遇:中国援助实践叙事”,《西南民族大学学报》,2017 年第 11 期,第 1-8 页。

讨 AKDN 参与东非全球卫生治理的本土化策略;第四,分析 AKDN 对中国参与东非全球卫生治理的经验借鉴及意义。

二、研究方法 with 概念简述

本研究结合历史档案、文献分析和田野实证调查研究的方法开展。田野实证调查主要包括走访东非三国的相关单位,访谈相关人员并采集相关信息,具体见下表:

表 1 东非三国调研的时间与地点

调研时间	国家	相关单位
2015 年 9 月至 2016 年 4 月	坦桑尼亚	卫生部、国家医学研究所、依法卡拉健康研究所、巴加莫约郡医院、莫希比利国立医院; 中国驻坦桑尼亚医疗队(含桑给巴尔医疗队)、中—英—坦三国疟疾项目组、中坦奔巴岛血吸虫防治项目组
2017 年 2 月至 3 月	乌干达	中乌友好医院、金贾地区医院
2018 年 11 月至 2019 年 2 月	肯尼亚	卫生部、阿迦汗大学医学院、阿迦汗基金会、阿迦汗发展网络支持的在内罗毕和蒙巴萨的社区医院或诊所、社区组织

资料来源:笔者自制

在展开论述之前,笔者在此厘清与 AKDN 相关的历史背景及概念:

伊斯玛仪派(Ismaili)及阿迦汗四世(Aga Khan IV):1818年,波斯国王赐予伊斯兰教什叶派伊斯玛仪派尼扎尔支派王朝一个世袭称号,即阿迦汗(Aga Khan)。至今,该封号已传至第49代。19世纪中,伊斯玛仪派教派的精神领袖成为第46代伊玛目(Imam),即阿迦汗一世(Aga Khan I)。因阿迦汗一世不满该封号,于1838年发动起义,在起义失败后,他逃亡到印度。随后,他在英国殖民南亚过程中立下大功,从此与英国建立了良好关系。1885年,阿迦汗三世(Aga Khan III)继位,成为第48代伊玛目。在阿迦汗三世的带领下,尼扎尔支派在南亚、东非的穆斯林社会中逐步发展和壮大。阿迦汗三

世还一度活跃在国际舞台上。1957年,在美国接受过高等教育、年仅20岁的卡里姆王子(Prince Karim)成为阿迦汗四世(Aga Khan IV)和第49代伊玛目。在阿迦汗四世期间,伊斯玛仪派穆斯林逐步发展成为一个融合多样文化、多种语言、多个国籍的全球性、多种族社群,成员广泛分布在中亚、中东、南亚、撒哈拉沙漠以南非洲、欧洲和北美。自1957年以来,阿迦汗四世一直致力于改善最弱势群体的生活质量,强调伊斯兰教不仅教导同情和宽容,还要维护人类尊严。据此,他于1967年创建并发展了阿迦汗发展网络。

AKDN 致力于改善发展中国家地区人们的生活条件和发展机会,是一个私立的、国际性的无教派机构。为了应对经济、社会和文化变迁带来的挑战,AKDN 的共同目标是建立一个有固定机制、有目标的全球性组织。目前,AKDN 在全球25个国家和地区均有组织,覆盖卫生、教育、建筑、农村发展和私营企业等领域,并且与许多国际机构、地方政府及私立机构均保持密切伙伴关系。AKDN 主要成员有,阿迦汗健康服务(Aga Khan Health Services)、阿迦汗教育服务(Aga Khan Education Services)、阿迦汗基金会(Aga Khan Foundation)、阿迦汗大学(Aga Khan University)及阿迦汗信托基金(Aga Khan Trust)等。

由此可见,AKDN 在东非从事全球卫生治理有悠久的历史 and 厚重的社会文化积淀,其全球卫生治理的经验值得深入研究。

三、阿迦汗发展网络参与东非全球卫生治理的历史和现状

经过多年的努力,东部非洲在艾滋病、疟疾等传染性疾病预防及扩大初级卫生保健服务等方面取得一些成绩,但仍面临诸多挑战,比如,^①

^① Joses M. Kirigia and Saidou P. Barry, "Health Challenges in Africa and the Way forward", *International Archives of Medicine*, Vol. 27, No.1, 2008, pp.1-3; World Health Organization, "The Health of the People: What Works—the African Regional Health Report 2014", 2014, pp. 5-9, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137377/9789290232612.pdf;jsessionid=E3CCC337FDCFA3AD356C313BB95A5F66?sequence=4>, 访问时间:2019年3月15日。

在传染性疾病依旧高发的同时,慢性非传染性疾病负担也逐步加重;卫生资源依旧贫乏,卫生体系和制度建设滞后,医疗服务可及性差;卫生支出严重依赖国际援助等。为了应对上述挑战,除了东非国家政府外,很多国际和地方社会组织也广泛参与,^①其中来自南亚的 AKDN 就是一支重要力量。需要指出的是,AKDN 在东非开展健康服务已有 80 余年历史,它一直致力于提供多层次、多样化的高质量卫生服务,还建立了一套综合卫生服务体系。该体系主要为医院、诊所和社区卫生中心三个层级^②(详见表 2),覆盖健康服务、医学教育和医学研究等领域。2015 年,AKDN 成立了电子健康资源中心(AKDN eHealth Resource Centre,简称 AKDN eHRC)。2018 年 7 月,AKDN 还推出数字健康计划,提供家庭医学、皮肤病学领域的远程会诊服务及员工电子学习培训平台。仅 2018 年,数字健康计划就覆盖到 AKDN 肯尼亚 12 个机构、1 475 人,坦桑尼亚 2 个机构、221 人。^③

表 2 AKDN 在东非三国的医学教育机构与
医疗机构分布情况

国家	医学教育与实践平台	相关医疗机构数量与分布
肯尼亚	阿迦汗大学医学院、30 多家医学中心、东非研究所、人类发展研究所	(1) 2 所保健医院及其下属的 11 个外展门诊; (2) 1 所阿迦汗大学综合医院及其下属的 43 个外展门诊; (3) 1 个蒙巴萨社区健康部,并与 14 个政府医疗机构建立合作关系,与多个社会组织、非政府组织、政府医疗机构有合作关系。
坦桑尼亚	教育发展研究所、护士和助产士培训学校、医学教育研究生项目、医学中心、阿迦汗大学医学院分院(在建)	(1) 5 家初级医疗保健中心,分布在 5 个主要城市; (2) 46 所外展健康中心,其中,2015 年完成的 35 所覆盖全坦桑尼亚,而 2016 年及以后建成的 11 所,则分布在达累斯萨拉姆市 8 所,湖区 2 所、阿鲁沙 1 所。

续表

国家	医学教育与实践平台	相关医疗机构数量与分布
乌干达	护士和助产士培训学校、阿迦汗大学医院分院(在建)	4 所初级医疗保健中心,分布在中部省、北部省、西部省和坎帕拉市。

资料来源:AKDN,“AKDN Kenya Brief”,2018,p.2,https://www.akdn.org/sites/akdn/files/media/publications/2018_04_akdn_in_kenya_-_brief_-_web.pdf,访问时间:2019年3月14日;“AKDN Tanzania Brief”,2017,p.2,https://www.akdn.org/sites/akdn/files/2017_1006_akdn_in_tanzania_-_brief_-_web.pdf,访问时间:2019年3月14日;“AKDN Uganda Brief”,2017,p.2,https://www.akdn.org/sites/akdn/files/2017_1006_akdn_in_uganda_brief_-_web.pdf,访问时间:2019年3月14日。

下面以肯尼亚、坦桑尼亚、乌干达三国为例,分析 AKDN 参与东非全球卫生治理的历史、现状和特点:

(一)在肯尼亚,自上世纪以来,AKDN 就致力于帮助改善肯尼亚资源最贫乏社区的健康状况,形成如下三个主要特点:其一,建立“自上而下”一体化健康服务网络平台。1983 年,AKDN 在蒙巴萨阿迦汗医院率先建立初级卫生保健部门,并与当地社区卫生相关社会组织和部门合作。1996 年,AKDN 通过与肯尼亚政府签署《发展合作协定》,进一步夯实发展的政治基础。近年来,AKDN 在 14 个政府卫生部门中推广妇幼保健服务,建立了一套从初级预防保健到三级预防保健的综合服务系统,覆盖沿海省 14 个郡 15 万多人口。其二,以高等医学教育和医学实践基地为平台,搭建东非地区医疗保健人才教育中心。1958 年,AKDN 成立了内罗毕阿迦汗大学医院,这是非洲大陆最好医院之一。医院为非营利性,不仅财政上可自给自足,还是肯尼亚第一家跨种族、跨宗教社区的医院,是一家有

^① Richard G. Wamai, “The Kenya Health System—Analysis of the Situation and Enduring Challenges”, *Japan Medical Association Journal*, Vol. 52, No. 2, 2009, pp. 134–140.

^② AKDN, “Kenya Aga Khan Development Network 2018”, 2018, <https://www.akdn.org/press-centre/publications>, 访问时间:2019年3月17日。

^③ AKDN, “The AKDN Digital Health Programme in East Africa”, 2018, <http://digital-health-beyond-borders-2018.akdnhr.org/east-africa.html>, 访问时间:2019年3月3日。

300个床位的高等教学和临床医院。医院有43个外展服务诊所和实验室收集点,每年收治近3万名住院患者,收治94万名门诊患者。其三,AKDN还关注资源贫乏的社区和边缘群体。AKDN建立了从蒙巴萨、基苏木到内罗毕的二级、三级医院转诊系统和电子健康、远程医疗系统。AKDN不仅支持社区卫生工作者在资源贫乏社区扎根,还与当地医务室、保健中心和县医院建立联系,并拥有2所保健医院及11个外展服务诊所。截止2018年,阿迦汗大学医院每年向大约9.8万名贫困患者提供免费医疗,培训过600多名社区妇幼保健人员,还为三岁以下儿童设立了家庭和托儿中心;支持社区组织在女性工作者等艾滋病高危人群中开展综合干预、感染者诊疗服务等工作。

(二)与肯尼亚类似,AKDN在坦桑尼亚提供卫生保健服务同样已有80多年历史,为坦桑尼亚大陆和桑给巴尔的卫生保健作出了重要贡献,^①主要体现在三个方面。其一,悠久医疗史。1929年,AKDN在达累斯萨拉姆市成立第一个医务室,1939年建立有10个床位的产科医院,1948年建立了配有手术设备和32张病床的疗养院,1964年建立有74个床位的阿迦汗医院主院。其二,与政府保持良好关系。1991年,AKDN同坦桑尼亚政府签署了一项合作协定,随后协定推进效果显著,进一步有效利用了财力和人力资源。如在姆特瓦拉和林迪地区,AKDN支持的项目使2.8万多名妇女和儿童改善了健康和营养状况。AKDN医院和诊所雇用超过1000名工作人员,每年提供超过46万人次的门诊量。其三,注重教育和穷人的卫生保健。AKDN在达累斯萨拉姆市建立了阿迦汗大学护理和助产学院,培养护理、助产士、家庭医学、内科和外科研究生等方面人才。AKDN还向穷人免费提供妇幼卫生保健服务。

(三)在乌干达,AKDN提供医疗、教育等综合服务同样有悠久历史。^②在某些地区,AKDN已经活跃了一个多世纪。与肯尼亚和坦桑尼亚相比,虽然AKDN在乌干达的系统性医疗服务相对滞后,但一直与政府密切合作,实施过许多

提高大众生活质量的项目。在过去十年中,AKDN提供过700多万人份的基本抗疟疾药物。2012年,第一家AKDN医疗中心开业。AKDN还与乌干达奥委会达成协议,为赛车手等运动员提供保健服务。2015年12月,阿迦汗四世和乌总统约韦里·穆塞韦尼宣布将在坎帕拉新建一所阿迦汗大学医院,预计于2020年投入运营。同时,AKDN也重视对乌干达护理、妇幼卫生人才培育。自2001年以来,阿迦汗大学护理和助产学院培养过约725名在职护士。阿迦汗大学共在乌干达建立了四个初级医疗中心,并接收来自肯尼亚阿迦汗大学医院的转诊住院病人。

整体上,通过AKDN在上述三个国家开展卫生服务的历史和现状,可总结如下一些特点:AKDN涉入东非卫生议题由来已久,在部分国家已经建立了一套上下一体、多层次的医疗服务网络和人才培养平台;与所在国家的政府、地方社会均保持良好关系;医疗卫生服务不仅覆盖穆斯林社区,还广泛覆盖基督教社区;在提供高质量医疗保健服务的同时,还积极培养资源贫乏社区的健康服务人才,向边缘性群体提供健康服务工作。据此,值得进一步探讨问题就是,AKDN作为一个外来、非西方的社会组织,何以在东非全球卫生工作中广泛参与、深度存在?

四、阿迦汗发展网络在非洲开展医疗卫生实践的百年历史积淀

来自南亚次大陆的印度人在东非开展医疗卫生实践有悠久的历史。伊斯兰教伊斯玛仪派的AKDN在东非全球卫生工作中广泛、深度存在,其原因多种多样,而本文只侧重历史这一角

^① AKDN, “Tanzania Aga Khan Development Network 2017”, 2017, <https://www.akdn.org/publication/akdn-tanzania>, 访问时间: 2019年3月14日。

^② AKDN, “Uganda Aga Khan Development Network 2017”, 2017, <https://www.akdn.org/publication/akdn-uganda>, 访问时间: 2019年2月2日。

度的分析。下面将从三个历史阶段来梳理：

4.1 印度人在东非早期的医疗卫生实践

印度人在东非开展医疗卫生实践往往与贸易^①如影随形。在阿曼素丹统治东非沿海期间(约1856—1964年),由于印度人拥有较强的能力来处理商业、金融事务和从事技术工作,他们受到了阿曼苏丹的重视,并获得了在金融、技术(医疗)等领域的特权。^②早在1883年,桑给巴尔就有印度医生为阿曼苏丹服务,^③而印度人在东非的医疗实践则是建立一系列现代医院。1870年,商贸重镇巴加莫约镇暴发了一场霍乱,除一所小型教会医务室外,并无其他医疗机构,导致瘟疫长时间蔓延。为了改善医疗、卫生环境,1886年印度商人舍瓦·哈吉(Sewa Haji)援建一所新医院,并于1897年9月4日建成。医院中仅有很少修女和护士,每天仅能接诊50个病人左右。^④1887年,印度商人哈利阿(Tharia)在石头城皇宫旁边将一栋四层楼高的房子改造成医院,即“the old dispensary”,成为东非早期少有的现代医疗机构,但多服务于阿曼王公贵族和有钱商人。^⑤1882年,由于达累斯萨拉姆市聚居了大量外来劳工、商人,使得天花、霍乱等传染病流行,仅当年,城中四分之三的居民就因天花爆发而死亡。加上1884年的干旱、饥荒,达累斯萨拉姆周边大量扎拉莫(Zaramo)族人和城市居民死亡。^⑥面对瘟疫横行和越来越多的外来劳工,舍瓦·哈吉于1910年投资建造了达市最大的医院即舍瓦·哈吉医院(Sewa Haji Hospital),现为坦桑尼亚穆希比利国立医院(Muhimbili National Hospital)。

可见,印度人早期在东非开展医疗卫生实践不外乎两个目的,一是担心瘟疫影响到印度人庞大的家族贸易,二是长期居住或扎根东非的印度人及后裔,对东非有强烈的地域情感认同。例如,1851年在桑给巴尔出生的舍瓦·哈吉,一度将自己视为非洲之子。他最后遗愿是将捐款用于生病的尼亚姆韦齐族(Wanyamwezi)码头劳工、长途搬运工和其他病人身上,特别是麻风病人,最终成为了东非早期最大的慈善家

之一。按照伊斯玛仪派的说法,“他虽为印度人,但灵魂、心都属于非洲,是非洲之子。”^⑦也如,阿迦汗四世本人及其家族成员多次到东非进行医疗、教育方面的慈善活动。然而,随着东非进入西方殖民时期,印度人在东非开展医疗卫生实践也进入了特殊历史阶段。

4.2 英国殖民东非期间的印度人及其医疗卫生实践

医疗与卫生议题一直是殖民地治理、殖民医学体系的重要内容,而东非大量印度医生在殖民医学体系中扮演了重要角色。19世纪70年代,英国从印度调集了大量英属印度陆军对东非实施军事征服。在修乌干达铁路(从肯尼亚到乌干达的铁路)期间,大约有32000名印度技术工人进入东非。1903年,英国殖民政府颁布的《(非洲)土著人口适用印度法律法案》(Application of Indian Laws to Natives Ordinance)

① 公元1世纪,一本来自希腊商人和水手在红海和印度洋航行的指南《红海巡航记》(Periplus of the Erythraean Sea)成为了最早和较为全面描述东非海岸的重要史料,书中还记载了东非的航海和与印度的远洋贸易,而“印度洋季风”是其形成的重要原因。

② 文献资料显示,阿迦汗三世曾多次到访过东非地区,商业贸易和宗教传播是他到访的重要内容。仅1899年,他访问过东非蒙巴萨、桑给巴尔、巴加莫约等地,并受到当地统治者和伊斯玛仪派信徒的热烈欢迎。当时的巴加莫约镇就有伊斯玛仪派信徒400多户,足见阿迦汗及其教派在东非的影响力。Mahnke O, “When His Highness the Aga Khan III First Visited East Africa and the USA”, Simerg—Insights from Around the World, November 2, 2013, <https://simerg.com/special-series-his-highness-the-aga-khan-iii/when-his-highness-the-aga-khan-iii-first-visited-africa-and-the-usa-in-1899-and-1906-respectively>, 访问时间:2018年12月15日。

③ Anna Greenwood and Harshad Topiwala, *Indian Doctors in Kenya, 1895–1940: The forgotten history*, Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2015, p. 31.

④ Johannes Henschel, *Bagamoyo Historical Portrait — Just Before the Old Stone Town Dies*, Dar es Salaam: DeskTop Productions Limited, 2015, pp. 1–20.

⑤ Abdul Sheriff, *The History and Conservation of Zanzibar Stone Town*, London: Jams Currey · E. A. E. P · Ohio University Press, 1995, pp. 2–31.

⑥ James R. Brennan, Andrew Burton, Yusuf Lawi, *Dar es Salaam—History from an Emerging African Metropolis*, Dar es Salaam: Mkuki na Nyota Publishers, 2007, pp.9–21.

⑦ Johannes Henschel, *Bagamoyo Historical Portrait — Just Before the Old Stone Town Dies*, Dar es Salaam: DeskTop Productions Limited, 2015, pp. 21–22.

有力地推动了印度人进入东非。1880年到1920年,在东非印度人数从6 000人增加到54 000人。^①一战后,英国接管了德属东非坦噶尼喀全境后,因急需大量来自印度的技术型和管理型劳动力,使得1939年在东非的印度人达10万多人。^②随着印度人数量在东非增加,医疗卫生人员也大幅度增加。在这个时期,由于印度医生报酬比欧洲医生低,在社会文化上与印度工人、当地工人较为相似,加上印度同属英殖民属地等原因,使得殖民当局将印度医生纳入殖民地医疗卫生治理体系之中。1903—1940年间,在肯尼亚注册的印度医生就多达387人,占有医生40%以上。^③另外,很多印度医学生从英国殖民当局建立的乌干达麦克雷大学等医学院校毕业后,也选择留在东非行医。^④

可见,由于印度人具有英属印度的身份属性和英国的殖民庇护,使得印度医生进入东非获得了法理上、政治上的合法性。同时,随着东非印度劳工的增多和印度社区的扩大,加上殖民当局的偏爱,印度医生被纳入殖民医学体系之中。因此,与阿曼苏丹统治期间相比,此阶段一个重要特点是大量接受过西方医学教育的印度医生进入东非,成为东非医疗格局的重要组成部分,是重要殖民医学遗产。

4.3 后殖民主义时期的东非印度人医疗实践

20世纪50年代,随着非洲民族主义的兴起以及印度进入印巴分治时期,东非印度医疗进入低谷期。尼赫鲁领导的印度取得独立自治后,倡导不结盟运动,并支持非洲民族解放事业,还要求东非印度人忠诚于所在国。^⑤在这一重大背景下,坦桑尼亚印度人不再寻求殖民庇护,转向支持非洲民族独立事业。1950年印度人成立了坦噶尼喀亚洲人协会(Tanganyikan Asian Association),从资金、媒体舆论等方面支持坦桑尼亚自治。1961年,坦桑尼亚通过公民法案接纳印度人。然而,印度人在东非并非一帆风顺,期间出现过多次“排印”事件,^⑥加之大多数印度医院被国有化,很多印度医生被迫离开东非。到1984年时,整个东非的印度人仅有

8万多。^⑦

20世纪80年代后期,随着东非国家实施多党制和市场经济,善于从事医疗、经商等技术工作的印度人再次成为了东非经济、社会民生发展的重要参与者和受益者,并再次得到非洲的接纳。^⑧上世纪90年代初期,占1%人口的印度人控制了肯尼亚75%的制造企业,垄断了医药卫生行业。^⑨此时,AKDN扎根东非采取了完全不同于前两个阶段的策略,即建构一个“上下一体”覆盖医学精英教育、医学社区参与实践体系的卫生服务网络,全面嵌入东非医疗卫生体系之中(详见第三部分)。这个阶段也是AKDN在东非发展壮大的关键时期。

从对上述三个历史阶段的分析可见,AKDN在东非有悠久历史。不同时期从事医疗卫生的特点不同,但是都隐藏着一个深层逻辑,即本土化。因此,有必要进一步探讨AKDN的本土化策略。

① Mwangi Wambui, “Of Coins and Conquest: The East African Currency Board, the Rupee Crisis, and the Problem of Colonialism in the East African Protectorate”, *Comparative Studies in Society and History*, Vol. 43, No. 4, 2001, p. 768; Jagjit S. Mangat, *History of the Asians in East Africa*, New York: Oxford University Press, 1969, p. 100.

② Robert Gregory, *South Asians in East Africa*, Westview Press, 1993, pp. 13–14.

③ Anna Greenwood and Harshad Topiwala, *Indian Doctors in Kenya, 1895–1940: The Forgotten History*, Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2015, p. 39.

④ John Illife, *East African Doctors: A History of the Modern Profession*, London: Cambridge University Press, 2002, pp. 67–77.

⑤ Gerard McCann, “From Diaspora to Third Worldism and the United Nations: India and the Politics of Decolonizing Africa”, *Past & Present*, Vol. 218, Issue Supplement 8, 2013, p. 268.

⑥ Michael F. Lofchie, *Zanzibar: Background to Revolution*, Princeton: Princeton University Press, 1965, pp. 27, 79–80; Richa Nagar, “The South Asian Diaspora in Tanzania: A History Retold”, *Comparative Studies of South Asia, Africa and the Middle East*, Vol. 16, No. 2, 1996, p. 70.

⑦ 李鹏涛、车能:“东非印度人的历史与现状”,《世界民族》,2016年第6期,第60页。

⑧ Richa Nagar, “The South Asian Diaspora in Tanzania: A History Retold”, *Comparative Studies of South Asia, Africa and the Middle East*, Vol. 16, No. 2, 1996, p. 70.

⑨ Paul Vandenberg, “Ethnic-sectoral Cleavages and Economic Development”, *Journal of Modern African Studies*, Vol. 41, No. 3, 2003, pp. 438–441.

五、阿迦汗发展网络扎根东部非洲的本土化策略

综上所述,AKDN之所以能够在东部非洲开展长达百年医疗卫生实践,除了天然优势和多个历史契机外,还有更为深层的本土化策略。伊斯玛仪派相信穆罕默德将善良带入到信徒之中,而精神领袖伊玛目不仅代表穆罕默德的信念,还要践行“保护兄弟”(Protection of One's Brothers)这一相互依存的文化理念。而这一文化理念的表述可从自伊斯玛仪派对“慈善”一词的理解和实践中窥视一斑。“Zakah”(Charity, 慈善)是伊斯玛仪派七个核心教义之一,它要求每个成员将月净收入的10%—12.5%贡献出来,用于从事教育、医疗卫生、历史文化等方面的福利事业。^①就AKDN而言,秉持“慈善”来践行“相互依存”的文化理念,就成为本土化的重要信念基础。最终,AKDN在东非扎根的本土化策略采取“去宗教化、发展世俗化”,主要有如下四方面:

(一) 积极主动与本土原生社区融合,这主要表现在跨宗教、跨教派两个方面:

就跨宗教而言,东非两大主要宗教为基督教和伊斯兰教,要与本土社区融合,跨越宗教就不可避免。回顾东非(不包括埃塞俄比亚一带)外来宗教传入史,基督教进入东非,还借助了信仰伊斯兰阿曼苏丹桑给巴尔帝国的力量。除了历史积淀外,跨宗教社区是任何社区生存和发展的必要条件,这就必须获本土原生社区的支持。在东非两个宗教互动中,虽然存在一些不和谐,但基本上平和共处。^②就AKDN而言,它还包容性地关爱基督教等非穆斯林社区。对此,阿迦汗基金会会长解释到,“阿迦汗不只关爱穆斯林社区,还关爱基督教和其他社区。在阿迦汗四世看来,世界上任何人都需要我们帮助,任何一个需要帮助的人都可以得到我们帮助。我们不仅关心穆斯林社区,还有其他社区(基督教)。这是主仁慈的体现。”^③笔者注意到,他虽为穆斯林,但当在谈及“主”时,

他使用了“God”一词,并非“阿訇”或“安拉”。同样,笔者发现东非沿海很多清真寺用“God”来表示“安拉”。从目前阿迦汗在东非从事的医疗卫生、教育服务来看,虽然大部分资源和服务主要集中在东非沿海地区,但也有一部分在穆斯林较少的乌干达、肯尼亚和坦桑尼亚内陆地区。

就跨教派而言,AKDN依托伊斯兰教,妥善处理与东非最大伊斯兰派系逊尼派之间的关系。AKDN以对全体穆斯林社区的关爱为核心,获取整个社区在宗教、政治等方面的支持。AKDN对本社区的关爱,不仅体现在日常教育、医疗活动之中,还体现在出现重大危机时。比如,1971年,乌干达伊迪·阿明(Idi Amin)独裁政府采取暴力方式排斥印度人时,AKDN挺身而出,救助了大量长期在乌干达定居的印度人,并帮助大部分人前往加拿大等国家定居。^④

(二) 维护本教人员核心利益和地位。在调研中,笔者发现不管是阿迦汗的基金会、大学、初级和高级中学,还是它的地方医院和社区诊所,组织结构的顶层为阿迦汗及其家族成员,中层管理人员为印巴人和白人,下层大多为当地土著。虽然在人员比例上,土著占到90%左右,但在中上管理层基本为印巴人和白人。这一人员结构,不仅体现本土化,还维护了本教核心利益和与西方国家的良好关系。对此,阿迦汗基金会会长说:“AKDN是一个跨社区的全球性网络。我们在帮助更多人时,需要跨社区人员参与。”^⑤

^① AKDN, “Aga Khan Development Network: An Ethical Framework”, the Institute of Ismaili Studies, 2000, pp. 9-17, <https://iis.ac.uk/aga-khan-development-network-akdn-ethical-framework>, 访问时间:2019年2月18日。

^② Holger B. Hansen and Michael Twaddle (eds), *Religion and Politics in East Africa: The Period since Independence*, Athens: Ohio University Press, 1995, pp. 2-11.

^③ 源自2018年11月17日笔者于肯尼亚内罗毕对阿迦汗基金会会长安奈特先生(Annette Ondissah)的访谈。

^④ Holger B. Hansen and Michael Twaddle (eds), *Religion and Politics in East Africa: The Period since Independence*, Athens: Ohio University Press, 1995, pp. 22-37.

^⑤ 同^③。

(三) 充分考虑西方、全球性组织的在场因素,并与之充分合作。在东非全球卫生治理中,最大的外来力量为西方,他们不仅参与当地的医疗保健、健康干预、政策制定,还大力支持本土社会组织。由于历史原因,AKDN 与西方一直保持着既独立又合作的关系。AKDN 年度国别报告显示,其有很多国际发展合作伙伴,^①如肯尼亚有法国国家开发署等 14 家,坦桑尼亚有欧盟委员会等 19 家,乌干达有黑石资本等 10 家。笔者在肯尼亚的阿迦汗基金会、大学医学院及其社区组织中,时常见到西方学者、西方管理人员。如 AKDN 肯尼亚的领导人、阿迦汗大学医学院院长及很多教授都来自欧美,阿迦汗医院也有很多西方医生。另外,阿迦汗基金会总部设在法国巴黎,分部主要在欧洲的瑞士、英国以及北美的加拿大等地区。按照阿迦汗基金会会长的说法:“我们是一个全球性的组织,具体工作涉及全球多个不同领域,聘请了很多国家的管理人才和学者,他们的参与极为重要。我们也一直与世界上主要国家、国际组织保持良好合作关系。就像我们不排除基督教一样,跨社区理念一直是取得今天成绩的重要原因。”^②

(四) 积极争取话语权。AKDN 将媒体服务作为重要内容之一,通过舆论控制来争取话语权和表达权。如在肯尼亚,AKDN 从 1959 年就拥有报刊《民族报》(包括斯瓦希里语版名为“Taifa”、英语版名为“Nation”),现在还拥有《民族新闻报》(Nation Newspapers)、《东非人报》(The East African)及《商务日报》(Business Daily)三份,以及国家电视台(NTV)、东非电视台(EATV)两个覆盖全国的电视台。而在乌干达,AKDN 拥有《乌干达箴言报》(Daily Monitor)和《东非人报》(The East African)两份主流报刊,一家国家电视台(NTV),一家广播电台(Radio 93.3 KFM)。除媒体外,AKDN 还借助发展网络,从互联网等场域中争取话语权。

综上所述,AKDN 在扎根东非的本土化过程中秉持“慈善”教义的同时,积极开展去宗教化、发展世俗化,并将两者有机结合起来。在世

俗化路径下,AKDN 采取“跨宗教”策略可以视为积极与本土原生社区合作,依托本土社区开展活动;“跨教派”策略则是将所有穆斯林视为广泛意义上、文化意义上的自我社区;“维护本教人员核心利益和地位”策略则凸显伊斯玛仪派社区的核心地位,是宗教意义上的自我社区;与西方、全球性组织合作,则有历史、现实情境的考量。另外,AKDN 采取“上下一体”卫生保健网络还表明不仅重视与政府的合作,也重视民间交流。总之,AKDN 在东非全球卫生治理中的一些经验值得中国借鉴。

六、阿迦汗发展网络对中国参与东非全球卫生治理的经验借鉴

自 2014 年中国积极参与西非三国应对埃博拉疫情以来,中国参与非洲的全球卫生有一个重要转向,除了传统的医疗援助外,增加了许多公共卫生援助项目。这些项目的一个重要特点就是从关注病人个体转移到社区群体,项目不仅触及当地政府的制度,还触及当地百姓的日常生活和行为。语言、不同的疾病因果观、宗教信仰、地方习俗等都要求项目不仅要保持高度政策敏感性,还需有社会文化敏感性。对此,来自 AKDN 的部分经验值得中国借鉴。

(一) 积极与本土社区合作。中国全球卫生治理与本土社区合作,必然触及社区的社会与文化,显然公共卫生视角不足以有效捕捉敏感性。在这个意义上,全球卫生实践中需纳入人文社科等跨学科视角。在某个特定社区中,全球卫生项目经验、设计理念、资源等多来自

^① AKDN, “AKDN Kenya Brief”, 2018, p. 6, https://www.akdn.org/sites/akdn/files/media/publications/2018_04_akdn_in_kenya_-_brief_-_web.pdf, 访问时间:2019 年 3 月 14 日; “AKDN Tanzania Brief”, 2017, p.6, https://www.akdn.org/sites/akdn/files/2017_1006_akdn_in_tanzania_-_brief_-_web.pdf, 访问时间:2019 年 3 月 14 日; “AKDN Uganda Brief”, 2017, p. 6, https://www.akdn.org/sites/akdn/files/2017_1006_akdn_in_uganda_brief_-_web.pdf, 访问时间:2019 年 3 月 14 日。

^② 源自 2018 年 11 月 17 日笔者于肯尼亚内罗毕对阿迦汗基金会会长安奈特先生(Annette Ondissah)的访谈。

外部,是外部理论与外部经验的嵌入,而嵌入过程必然会产生一系列制度与文化反应。如果这些反应契合了社区的文化,不仅可规避一些风险,甚至会产生积极反应或叠加效应。反之,项目将面临重大挑战。从 AKDN 案例可见,它之所以能够在东非扎根百年,除了特殊的地理、历史因素外,一个重要经验就是与本土社区保持良好关系,甚至深度嵌入当地的社会与文化之中。就此点,中国需直面的问题就是项目如何扎根东非?如何与当地社会大众构建良好社会关系?目前,虽然中方取得一些成绩、探索了一些经验,但是与本土社区的融合仍有诸多提升空间。比如,语言障碍、宗教敏感性和社会文化敏感性等。与 AKDN 相比,中国参与全球卫生治理尚处初级阶段,与本土社区融合将是一个漫长过程。对此,AKDN 处理地方社会文化敏感性的策略值得借鉴,如慈善方面。

(二) 对华人华侨社区关爱,并促使他们参与。AKDN 案例显示,虽然东非印度社区较为复杂,宗教多样、教派众多,但 AKDN 充分利用了印度社区了解本土社会文化、为本土社区接纳和认同等优势。属于伊斯玛仪派的 AKDN 给予印度社区无差别关爱,让印度社区成为重要依托。^① 反观中国,虽然中国全球卫生项目开展过在华人社区开健康知识讲座等活动,但是华人华侨并未真正地、切实地参与项目。华人华侨社区的角色和作用也未被切实地重视和评估。^② 另外,华人华侨本身也有与本土社区进行互动、融合,维护良好社会形象的现实需求,特别是一些华人华侨的公司、企业也需履行社会责任。在这个层面上,中国全球卫生项目与华人华侨社区有很好的切入点,更可借此夯实中非民间交流的基础。

(三) 与全球性、西方背景的组织交流与合作。东非为西方前殖民地,与西方宗主国、西方社会有千丝万缕的联系,不仅体现在社会制度、宗教文化方面,还体现为广大社会精英多有在西方接受过高等教育经历,他们对西方社会有高度认同。加上,在全球卫生领域,全球性、西

方组织早已扎根东非多年,有深厚的社会文化根基。回顾 AKDN 与西方的关系史,虽有特殊历史原因,但其成功扎根的经验之一就是与全球性、西方组织合作,甚至视为长期发展合作伙伴。同样,中国积极参与全球卫生治理时,不可避免的因素就是“西方在场”。中国在“西方在场”很深的东非开展全球卫生实践,有陷入“经验陷阱”的危险,而规避的一个路径就是采取包容性策略,与西方合作。如当下正在实施由英国资助的英国—中国—坦桑尼亚疟疾防控项目就是一个良好的开端。同样,在笔者于 2017 年 7 月 4 日访谈美国哥伦比亚大学驻坦桑尼亚的国际艾滋病治疗与关怀中心主任费尔南多博士(Dr. Fernando Morales)时,他就明确表示有与中国开展交流与合作的意愿。总之,中国参与东非全球卫生治理时,不仅要保持和强调“中国性”,还可与西方合作。

(四) 支持中国民间社会组织参与,加强民间合作。AKDN 在东非开展全球卫生工作,整体上采取“上下一体”的合作范式,即不仅重视与当地政府合作,更重视民间合作。加上,“一带一路”建设重视民间交流和民心相通,而中国全球卫生治理可以发挥重要作用。然而,当前的中国—东非公共卫生项目多为政府间主导,高校或公共卫生机构执行或参与,在民间合作方面有很大空间。另外,全球卫生项目往往会触及社区政治、文化、宗教等,而这些层面可在一定程度上与全球卫生的专业性知识形成互补,相互促进。而在处理微观议题时,民间社会组织凭借其组织灵活性、社区文化敏感性的优势,可以扮演重要角色。因此,中国可将民间合作作为参与东非全球卫生治理的多元路径之一。

(五) 采取多种形式、多种语言在当地媒体积极展示项目成果。AKDN 通过主导或控制多个媒体平台来争取话语权这一经验很难

^① See John Iliffe, *A Modern History of Tanganyika*, Cambridge: Cambridge University Press, 1979, p. 449.

^② 源自 2017 年 7 月 6 日笔者在坦桑尼亚达累斯萨拉姆市对中国驻坦使馆参赞的访谈。

被中国移植,但仍有可探索空间。虽然中国正在实施的项目已经被零星报道,但在内容、形式等方面均有提升空间。比如,最为直接的是可与当地新闻媒体、报刊杂志建立合作伙伴关系,聘请当地专栏作家跟进项目,发表实时评论。另外,由于东非大多当地居民不懂英语,项目展示也应多使用斯瓦希里语等地方语言。

总之,目前中国参与东非全球卫生治理仍由政府主导,虽取得一定成绩,但项目要可持续发展就必须本土化。对此,AKDN的一些本土化经验值得中国借鉴,特别是切实嵌入东非社区的社会与文化情境来开展项目工作方面。

七、结 语

在全球卫生实践中,宏大叙事的一个重要盲区就是忽视多元主体,特别是对非西方、非本土方的忽视。AKDN案例表明,作为第三方的AKDN切实广泛、深入地参与到东非全球卫生治理之中,还建立了一套同时兼顾社会精英和普通百姓的“上下一体”的医疗保健服务体系。从这个意义上,全球卫生治理叙事应给予AKDN等第三方主体更多的阐释,特别是其本土化经验方面。从历史来看,AKDN在东非经历了三个特殊历史节点,每个节点都表现出不同特征,而历史积淀的背后呈现出了本土化逻辑。

也就是说,AKDN之所以扎根东非百年,它深层的本土化策略至关重要。虽然AKDN的核心为伊斯兰伊斯玛仪派,但是为了扎根东非和维护自我社区利益,它采取了“去宗教化、发展世俗化”的本土化策略,从而更好地处理了与伊斯兰逊尼派、基督教社区的关系。同样,鉴于东非排印史和自身发展需要,AKDN还通过控制媒体平台来积极表述立场和争取话语权。基于“西方在场”的因素,AKDN承接历史,积极发展和处理好与西方发展伙伴的关系,其巨大成功表明,以“西方—本土”的全球卫生叙事范式有扩展和改进的空间。在AKDN本土化策略中,

宗教属性不仅具有独立的第三方特征,还成功地桥接了西方和本土。更需指出的是,AKDN的独立性与桥接性使得全球卫生叙事呈现复杂意涵,可成为当下主流“二元”叙事的重要补充。AKDN扎根东非的本土化策略值得研究。

AKDN在东非有悠久历史、“慈善”教义传播、去宗教化等特点,其发展世俗化的本土化策略值得中国借鉴。鉴于近年来中国参与东非全球卫生治理由相对传统的援助模式向开展跨国公共卫生项目转变,需要考量的现实议题就是中国经验如何扎根?如何避免“经验陷阱”?结合AKDN的经验,中国参与东非全球卫生治理需要考量多方视角。中方可以积极与本土社区合作,吸纳华人华侨社区参与,也可与西方合作,还可重视民间合作以及积极通过多种形式展示项目成果。

综上所述,AKDN在东非开展全球卫生治理个案表明,历史、文化两个重要因素被嵌入到全球卫生治理之中,整体性的健康服务观在实践中得到很好应用和诠释,使得全球卫生治理意涵得到丰富和升华。一直以来,西方主导的全球卫生治理充斥着不对等和利益关联逻辑,其实施效果和动机一度被视为“空投医疗”,并不足以满足人们的健康需求,更未立足于本土文化基础。^①鉴于此,对当下全球卫生治理的叙述和范式应持批判态度,而从文化多元和文化相对的立场来看,全球卫生治理层次结构和发展机制都应该重视非西方、非本土方的贡献,特别是在历史积淀、文化经验方面。当下的全球卫生治理体系过分强调自上而下单病种垂直防治体系的作用和社会组织的贡献,^②而忽视了健康服务体系的整体性,^③并未有效地整体提升和

^① 冯珠娣：“从中国看全球健康”，《西南边疆民族研究》，2015年第17辑，第70-73页。

^② NB Kabatereine, M Mwele Malecela, M Lado, et al., “How to (or Not to) Integrate Vertical Programmes for the Control of Major Neglected Tropical Diseases in Sub-Saharan Africa”, *PLoS Neglected Tropical Diseases*, Vol. 4, No. 6, 2010, pp. 1-8.

^③ Lawrence Gostin and Emily A. Mok, “Grand Challenges in Global Health Governance”, *British Medical Bulletin*, Vol. 90, No. 1, 2009, pp. 7-18.

改善非洲人民的健康状况。而 AKDN 在东非的卫生治理结构的不足。实践展示了建立系统性健康服务实践的可行性和可持续性,并在多元性方面补充了当下全球

编辑 贡 杨

Aga Khan Development Network: A Hundred Year's Experience and Lessons of Global Health Governance in East Africa

GAO Liangmin¹ CHENG Feng¹

(1. Tsinghua University, Beijing 100084, China)

Abstract: Non-Western and non-native social organizations can play an important role in global health governance in East Africa. This paper analyzes the important role played by the Aga Khan Development Network (AKDN) in global health governance in East Africa. The study shows that AKDN's extensive participation of global health governance in East Africa is not only resulted from a long history of interaction and integration between East Africa and India, but also related to the localization strategy of "de-religionization and secularization". AKDN integrates actively with local native communities, safeguards the core interests and positions of their staff with the same religion, and cooperates with Western and global organizations. Meanwhile, AKDN is striving persistently for the right to have its say in East Africa. China can learn from AKDN's experience in the following five aspects. We are supposed to work with local communities, promote the participation of Chinese overseas communities, cooperate with global or Western organizations, support the participation of Chinese non-governmental organizations, and efficiently demonstrate achievements with the help of local media. Finally, the case study of AKDN suggests that non-Western and non-native social organizations can play an important role in global health governance and their contribution should be interpreted appropriately. Such experience of localization is also worthy of learning for China.

Key words: Aga Khan Development Network; global health governance; community health service; Indian culture of health