



지금, 여기에서
대한민국의 국제보건을 비판한다



PHI Issue Paper 2017-06

시민건강 이슈 2017-06

지금, 여기에서 대한민국의 국제보건을 비판한다

출판일 || 2017년 6월 13일

필자 || 오 충 현

이 글은 2017년 대한민국의 국제보건을 비판적으로 성찰하고 향후 더 노력할 부분을 제안하기 위해 작성되었습니다. 이 글에서 ‘국제보건’을 ‘국제개발’로 바꾸어도 대한민국의 현 상황과 필요한 제안이 크게 다르지 않으리라고 봅니다.

본 글에 대한 비판 의견은 언제나 환영합니다.

전자우편: och7512@gmail.com

펴낸 곳 || (사) 시민건강증진연구소

서울시 동작구 사당로 13길 36, 2층

전화: 02-535-1848 팩스: 02 581-0339

누리집: www.health.re.kr

전자우편: phikorea@gmail.com



차 례

1. 들어가는 글	1
2. 국제보건 비판	2
2.1. 국제보건이란?	2
2.2. 국제보건의 철학	5
● 권리로서의 건강	5
● 공리(Utility)로서의 건강	6
● 평등으로서의 건강	7
● 세계시민으로서 건강 문제 바라보기	8
● 대한민국 국제보건의 철학을 묻다	9
2.3. 국제보건의 원칙과 가치	11
● 자율성 존중의 원칙 (Respect for autonomy)	11
● 악행금지의 원칙 (Do no harm)	12
● 선행(Do good)의 원칙	13
● 정의(Justice)의 원칙	13
● 인간의 존엄성	14
● 자유	15
2.4. 국제보건의 목표	16
● 새천년개발목표(MDGs)에서 지속가능개발목표(SDGs)로	16
● 지속가능개발목표(SDGs)와 보편적 건강보장	17
● 대한민국 국제보건의 SDGs를 맞이하는 자세	17
2.5. 국제보건의 전략	21
● SDGs 시대 국제보건의 전략적 접근	21
● 보편적 건강보장의 우선순위[21]	22
● 대한민국에서 국제보건의 소비되는 방식	23
2.6. 국제보건의 실행	26
2.7. 국제보건의 성과관리와 평가	29
2.8. 국제보건의 교육과 일자리	31
2.9. 국제보건 연구	34
3. 맺음말	36



1. 들어가는 글

질병은 쉽게 국경을 넘고, 국경을 넘은 질병은 국가 간에 큰 차이가 없어 질병 관리를 위한 국가 간 또는 전 지구적 협력 필요성이 일찍부터 제기되었다. 이러한 필요 때문에 UN (United Nation) 전문기구로 세계보건기구(World Health Organization, WHO)가 설립되어 국제적 보건활동을 촉진시켰다[1]. 최근 감염병 뿐 아니라 비감염병 대응을 위해서도 전 지구적 노력과 연대가 촉구되면서 국제보건의 역할은 증가하고 있다[2]. 국내에서도 공항에만 가면 해외 의료 ‘봉사’ 활동 떠나는 의료진의 모습을 쉽게 볼 수 있다. 대학에서는 국제보건 관련 특강이 개설되고, 보건의료 관련 기관에서는 다양한 주제로 국제보건 컨퍼런스를 열고 있으며, 보건의료계 열 학생들은 스스로 국제보건 스터디 모임을 갖고 있다. 이들은 국경 너머 사람들의 건강문제에 관심을 보이는 것을 넘어 구체적인 행동을 하고 있다. 이러한 관심과 활동을 체계적으로 담아내기 위해 2013년 국제보건의료학회가 설립되었고, 다양한 국제보건 프로그램들이 공유되고 활발한 논의가 진행 중이다[3]. 하지만 여전히 대한민국의 국제보건에 대한 논의는 부족하다.

이 글을 통해서 국제보건의 개념을 정리해 보고, ‘우리’는 왜 국제보건을 하는가? ‘우리’는 어떻게 국제보건을 해야 하는가? ‘우리’는 국제보건으로 무엇을 해야 하는가? 논의해 보고자 한다. 그리고 우리는 한국 사회라는 맥락 안에서 전략, 실행, 성과관리, 평가, 교육, 일자리 그리고 연구 측면에서 무엇을 해야 하는지 비판적으로 성찰해보고자 한다.

2. 국제보건 비판

2.1. 국제보건이란?

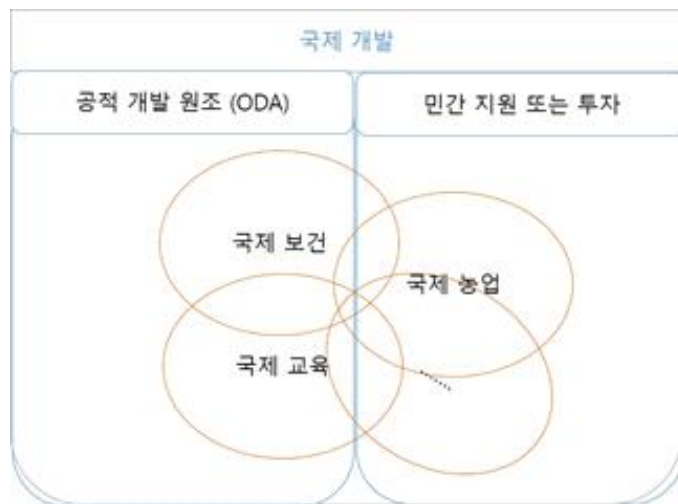
국제보건의 정의는 현재도 진화 중이다. ‘국제’는 ‘국내’의 반대 개념으로 국가라는 경계를 넘어 상호 간에 영향을 주고받는 것을 의미한다. ‘보건’이란 건강을 유지하고 향상한다는 개념이다. 이를 묶어 단순히 의미를 풀이하자면 국제보건은 ‘국가라는 경계를 넘어서 건강을 유지하고 향상하는 활동’이라고 할 수 있다. 그러나 이것만으로 국제보건을 충분히 설명하지 못한다. 국제보건 개념은 국제보건에 대한 철학, 태도, 연구의 진전에 따라 진화하고 있다. Brown 등에 따르면, 국제보건은 국가 간의 문제라는 뜻의 ‘International’에서 지구적인 문제라는 뜻의 ‘Global’이라는 용어로 진화했다[4]. Koplan 등은 국제보건의 범위, 대상, 목적을 명확히 하고자 했다. 범위는 전 세계의 모든 사람의 건강(health for all people worldwide)으로 집단과 개인의 건강을 모두 포함할 것을 제안했고, 대상은 국경을 넘어서는 보건, 의료, 건강뿐 아니라 건강의 사회적 결정요인과 이를 연구하는 다학제 학문, 연구, 실행을 포함했으며, 목적은 건강향상과 건강형평성 제고로 정의했다. Koplan 등은 이를 종합하여 국제보건을 ‘전 세계적으로 모든 사람의 건강을 증진시키고 형평성을 달성하는데 우선순위를 두는 학습, 연구, 실천 활동의 영역’ ‘An area for study, research, and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people worldwide’으로 정의할 것을 제안했다[5]. 국내에서도 김창엽은 국제보건을 “전 세계적 차원의 건강불평등 혹은 이와 관련된 과제를 해결하려는 국민국가와 그 구성원들의 자발적인 협력”으로 잠정적으로 정의하자고 제안했다. 그는 국제보건의 목적을 건강 불평등 혹은 이와 관련된 과제의 해결로 설정하자고 제안했고, 범위는 전 세계적 차원으로, 행위의 주체를 국민국가와 그 구성원으로 명시함으로써 주체들의 자발성을 강조했다[6]. 이러한 제안들을 종합하자면, 국제보건의 범위는 국경이라는 경계를 넘어서며 목적은 건강 향상과 건강 불평등 개선이 된다. 하지만 이러한 개념은 현재 대한민국에서 국제보건을 맥락적으로 이해하기에 충분하지 못하다. 국제보건을 단순히 국경이라는 주권 국가 경계를 넘었는지의 여부로 구분하는 것보다 우리 행동이 우리의 범위를 넘어서 영향을 미치는지 여부로 판단하는 것이 국제보건을 이해하는데 도움을 준다. 사회계약론에 따르면 주권 국가 내에서는 건강권을 보유한 시민과 이것의 보장 의무를 가진 국가 사이에 명확한 권리와 의무 관계가 존재한다[7]. 하지만 주권국가 경계를 넘어서는 관계에서는 권리와 의무를 사회

계약론에 의해서 설명하기 어렵다. 그럼에도 불구하고 국제보건은 이러한 권리와 의무의 관계가 성립되지 않는 관계에서 상호 간에 건강형평성 제고를 위해 영향을 주고받는 것이다. 다시 말해서, 국제보건은 주권 국가의 범위를 벗어난 ‘내’가 아닌 ‘너’의, ‘우리’¹⁾가 아닌 ‘그들’²⁾의 건강권까지 적극적으로 보장하고자 하는 행위이다. 이러한 특성을 국제보건의 개념에 명확히 반영하는 것이 필요하다. 또한 행위의 주체를 국민국가와 그 구성원으로 제한한다면 국민국가 아니지만 국제보건에 중요한 역할을 하는 국제기구, 다국적 기업, 국가로 인정받지 못하는 집단 등의 역할이 배제될 수 있다. 아울러 자발적이지 않고 수동적이거나, 일방적으로 영향을 받는 상황도 국제보건의 영역으로 포함하는 것이 합당하다. 이에 국제보건의 목적은 건강형평성 제고로, 대상은 모든 인간으로, 범위는 경계를 넘는 것을 포함하여, 행위의 주체는 ‘우리’로, 행위의 대상과 특징은 ‘우리’뿐만 아니라 ‘그들’의 건강까지 책임지려 하는 것으로 개념을 명확히 하는 것이 필요하다. 정리하면, 국제보건을 “모든 인간의 건강형평성을 제고하기 위하여 우리의 건강뿐만 아니라 경계를 넘어 그들의 건강까지 책임지려 하는 행위”라고 정의할 것을 제안한다. 이렇게 정의한다면 국제보건에서 책임, 의무, 권리, 윤리를 더 명확하게 논의할 수 있다.

국제보건과 마찬가지로 국제개발의 정의도 합의가 이루어지지 않았을 뿐 아니라 여전히 진화 중이다. 국제개발에서는 ‘국제’의 의미뿐 아니라 ‘개발(발전)’의 정의에도 커다란 변화가 있었다. 현재는 개발(발전)이 단순히 물질적 성공 그 이상의 의미라는 것에는 합의가 이루어졌다고 할 수 있다. 아마티아 센은 개발(발전)을 인간의 자유 확장이라고 주장했다[8]. 센의 주장에 따라 국제개발을 정의한다면, 국제보건은 국제개발의 보건의료 버전이라고 할 수 있다. 김창엽은 국제보건의 국제개발과 일부분을 공유한다고 주장했지만[6], 개발을 자유의 확장으로 보았을 때 국제개발이 아닌 국제보건은 있을 수 없다. 건강을 향상하고 건강불평등을 해소하는 것은 모두 자유를 증진시키는 활동이기 때문이다. 그러므로 국제보건은 국제개발에 포함된다고 보는 것이 타당하다. 보건 분야 공적개발원조 (official development assistance, ODA)와 국제보건은 교집합이 크지만, 국제보건의 아닌 보건 분야 ODA도 있고, 보건 분야 ODA가 아닌 국제보건도 있을 수 있다. 아울러 국제보건은, 국제농업, 국제교육 등과도 교집합을 이루면서

1) ‘우리’는 공감과 연대의식을 바탕으로 한 나를 포함한 집단이다. ‘나’는 ‘우리’라는 집단을 대상으로 내가 나 이기에 가질 수 있는 권리를 주장할 수 있을 뿐만 아니라, ‘나’는 우리에게 포함된 개개인의 권리를 보장할 의무 역시 가진다. ‘우리’라는 집단 내에서 개인은 서로에게 책임을 지고, 그 결과로서 공동의 운명을 지닌다.
2) ‘그들’은 ‘우리’가 아닌 사람을 일컫는 말로 ‘우리’라는 경계 밖에 있기 때문에 ‘우리’와 ‘그들’사이에는 권리와 의무의 관계가 성립되지 않는다. ‘그들’과 ‘우리’는 세계시민이라는 공감과 연대의식 속에서 더 큰 ‘우리’라는 경계의 확장을 가져올 수 있기 때문에 현재 또는 미래시점으로 ‘또 다른 우리’라는 이름으로 부를 수 있다.

국제개발에 포함된다. 이의 관계를 그림으로 나타내면 다음과 같다. 국제보건은 본질적으로 건강 향상과 건강형평성을 추구하는 국제개발이다. 국제개발이 자유의 확장을 지향한다고 했을 때, 국제보건이 추구하는 건강은 여러 자유 중 하나로 간주될 수 있다. 마찬가지로 보편적 교육기회, 성장에 충분한



영양, 자유로운 경제활동 보장도 모두 자유와 가능성(capability)의 확장이라고 할 수 있으며, 이러한 개별적 자유들은 서로 상승작용을 일으켜 전체적인 자유의 확장을 가져올 수 있다. 건강 향상과 건강불평등 해소는 자유를 확장하는 수단이자 자유 확장의 결과 성격을 갖는다. 따라서 국제보건과 국제개발을 분리해서 생각할 수 없으며, 국제보건은 국제개발의 틀 내에서 건강 이외의 자유 확장과 함께 논의되는 것이 바람직하다. 주어진 환경에서 한정된 자원을 건강, 교육, 에너지 등 어느 곳에 투자해야 인간의 자유가 극대화할 수 있는지 논의할 때, 국제개발의 맥락에서 국제보건을 바라보지 않는다면 합리적 자원 배분이 어려워진다.

2.2. 국제보건의 철학

우리는 왜 국제보건을 할까? 우리는 왜 경계를 넘어서 책임과 의무가 불명확한 ‘그들’의 건강까지 책임지려 할까? ‘그들’의 건강에 책임을 지려 하는 것은 옳은 일인가? 결론부터 말하자면, 우리는 세계시민이라는 정체성을 가지고 있기 때문에 국제보건을 한다. 그렇다면 왜 세계시민은 국제보건을 하게 되는가? 이에 답하기 위해 권리로서의 건강, 공리로서의 건강, 평등으로서의 건강, 세계시민으로서의 건강을 논의해 보고자 한다.

● 권리로서의 건강

우리는 스스로 건강할 권리가 있으며 국가가 우리의 생명과 안전을 보호할 의무를 가진다고 믿는다. 하지만 우리가 국가의 범위를 넘어서 저소득 국가 국민의 생명과 안전도 보호해할 의무가 있을까? 만약 어떤 아프리카 어린이가 태어나면서 HIV/AIDS에 감염되어 열 살도 되기 전에 죽는다면 우리는 이에 대해서 책임을 져야 하는가? 만약 책임이 있다고 하면 그 책임의 근거는 무엇인가? 그 책임은 단지 도덕적인 것인가, 아니면 법적 책임을 물을 수 있는 것인가? 그게 아니라 아무런 책임은 없지만 선의로 돕는다면 이는 그저 칭찬 받을 일인가?

세계인권선언에 따르면 모든 사람은 행복을 추구할, 양도불가능한 권리를 가진다[9]. ‘경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약’은 건강 추구의 권리를 구체적으로 명시하고 있다[10]. 일반적으로 인권법의 권리 주체는 명확하다. 인권은 모든 사람이 보유하고, 양도할 수 없으며, 권리로 주장할 수 있다. 하지만 이러한 권리를 보장할 의무의 담지 주체는 명확하지 않다. 여러 주장이 있지만 대체로 주권국가가 국민의 인권을 보장하는 의무를 진다고 여겨진다. 문제는 이러한 기본 권리가 국가에 의해서 보장되지 않을 때이다. 국가가 국민의 기본 권리를 보장할 수 있는 역량을 갖추지 못했을 때, 기본권으로서 건강권은 누가 보장해야 할까? 이러한 상황에서, 세계인권선언을 승인한 국제사회와 이를 공감하는 세계시민이 그 책임을 가져야 한다.

우리는 가족 중 누군가 아프면 건강하게 지낼 수 있도록 치료하고 돕는다. 친척 중에 누군가 아파도 경제적, 사회적 책임을 함께 나눈다. 살고 있는 동네나 지역사회의 소외계층이 건강 문제에 직면했을 때 이들이 건강해지도록 돕는다. 우리는 국민건강보험이 저소득 계층에게는 상대적으로 적은 보험료를 받고 의료 보장을 제공하는 것에 사회적 합의를 이루었다. 이를 확대

하여 우리의 자원을 HIV/AIDS에 걸린 아프리카 어린이를 위해 사용하는 것에 사회적 합의를 할 수 있을까? 이 때 사회적 합의의 본질은 HIV/AIDS에 걸린 아프리카 아이를 ‘우리’에 포함시킬 수 있느냐 없느냐이다. ‘우리’에 포함된다면 우리는 이 아이를 건강하게 돌봐야 할 책임과 의무가 있다고 이야기할 수 있다. 이러한 합의가 가능할 때, 건강권은 국가라는 경계를 넘어서는 권리로 주장될 수 있고, 우리는 세계시민으로서 이에 대한 책임을 가질 수 있다. 그러므로 국제보건은 근본적으로 ‘우리’의 범위를 국가라는 경계선 밖으로 확장하는 것이다.

● 공리(Utility)로서의 건강

건강은 공리로도 볼 수도 있다. ‘행복’ 또는 ‘공리’가 무엇인지를 정의하기는 어렵지만, 행복한 삶을 살기 위해서 건강이 중요하다는 것은 부정하기 어렵다. 공리주의에서 올바른이란 최대 다수가 최대의 행복을 얻을 수 있도록 자원을 배분하는 것이다. 그렇다면 최대 다수가 최대의 건강을 얻기 위해서 우리가 가진 한정된 자원을 가장 효율적으로 배분하는 방법은 무엇일까? 아마도 개별 보건의료 서비스의 비용-효과성을 따져 가장 비용-효과적인 서비스에 우선적으로 투자하는 것일 것이다. 개별 보건의료 서비스를 비교하자면, 심장수술보다는 홍역 예방접종이 비용-효과적이다. 하지만 서비스 양이 증가할수록 한계 효용은 체감하기 때문에 필수 예방접종 대상 질환의 접종율이 99%에 달했을 경우에는 심장수술의 비용-효과성이 더 높아질일 수도 있다. 건강한 삶을 최대화하기 위해서는 비용-효과적 보건의료 서비스를 먼저 제공하고, 한계효용이 역전되는 순간에 그 다음 비용-효과적인 서비스를 제공하는 것이 바람직하다. 동일한 보건의료 서비스를 제공하는 경우에도, 서비스를 적게 이용하는 집단에서의 서비스 당 효용이 더 높고, 유병률이 더 높은 집단에 대한 개입에서 효용이 커진다. 예를 들면 1%가 담배를 피우는 집단에서 금연 캠페인을 하는 것보다는, 99%가 담배를 피우는 집단에서 캠페인을 벌이는 것이 효과가 크다. 일반적으로 대한민국의 보건의료 서비스 질과 접근성은 저소득 국가보다 좋다. 대한민국 어린이의 사망과 아프리카 어린이 사망의 공리가 동일하다고 가정했을 때, 한국 어린이 사망 한 건을 줄이는 것보다는 아프리카 어린이 사망 한 건을 줄이는 것이 더 비용-효과적이다. 공리주의적으로 따져보자면, 국제보건 활동은 국내보건 활동에 비해 공리로서의 건강을 더 많이 증가시킨다.

국제보건 활동 중에 자주 듣는 질문은 “왜 우리나라에도 아픈 사람이 많은데, 아까운 자원을 남의 나라 아픈 사람을 위해서 사용하는가?”이다. 공리주의적으로 답한다면, 국제보건의 비용-효과적이기 때문이다. 물론 한국 사회에도 아픈 사람이 많고, 가난해서 치료를 받지 못하는 사

람도 많다. 하지만 대한민국에서 치료받지 못하는 것과 아프리카에서 치료받지 못하는 것 사이에는 기회의 양과 서비스의 질 측면에서 상당한 차이가 있다. 그리고 우리가 가진 자원의 대부분은 이미 대한민국 국민의 건강한 삶을 위해서 사용되고 있다. 그 자원 중 일부를 치료 기회의 양과 질이 절대적으로 부족한 사람을 위해서 사용하는 것은 한계효율을 최대화하고 비용-효과적으로 자원을 배분하는 방법이다.

● 평등으로서의 건강

모든 사람이 죽음 앞에서 평등하지만, 역사적으로 삶이 평등한 적은 없었다. 생의 시작부터 죽음에 이르기까지 얼마나 건강하게 살았는지, 건강한 삶의 기회를 얼마나 가졌는지 살펴보면 부(富)의 정도, 교육수준, 성별, 지역에 따라 상당한 불평등이 존재한다. 도시 주민은 산골 주민보다 양질의 보건의료 서비스에 접근할 기회가 더 많다. 미국에는 의료보험을 부담할 능력이 없어서 보건의료 서비스를 받지 못하는 빈곤층이 존재한다. 한국에서도 가난한 사람은 부자보다 비만일 가능성이 더 높고, 아프리카계 미국인은 유럽계 미국인보다 평균 수명이 낮다. 국가 내 건강 불평등도 상당한 수준이지만 국가 간 불평등은 더욱 심각하다[11]. 저소득국가에서 출산하는 여성은 고소득국가에서 출산하는 여성에 비해서 사망 확률이 42배나 높다[12]. 하지만 우리는 건강할 기회가 누구에게나 평등하게 주어져야 한다고 생각한다.

존 롤스는 정의로운 사회의 구성 원칙을 탐구하기 위하여 ‘원초적 입장’이라는 가상의 사고 실험을 제시했다. 원초적 입장이란 무엇으로 태어날지 모르는 상황에서, 개인의 이익만을 생각한다고 가정할 때 어떻게 자원을 배분할 것인지를 생각해 보는 사고 실험이다[13]. 우리가 에티오피아, 대한민국, 혹은 스웨덴 중 어느 곳에서 태어날지 모르는 상황일 때, 개인의 이익을 극대화하려면 자원과 힘을 어떻게 분배할 것인가? 좋은 환경에서 태어난다면 사회적 보호 장치가 이미 충분할 것이므로, 가장 열악한 환경에 처할 경우를 대비해서 그곳에 자원을 배분할 것이다. 이런 사고 실험을 통해서, 존 롤스는 불평등과 관련하여 두 가지 원칙을 지켜야 한다고 주장했다. 첫째는 차등의 원칙이다. 최소 수혜자에게 가장 큰 이득이 돌아가는 불평등의 경우만 정의로운 것으로 받아들일 수 있다는 것이다. 둘째는 균등의 원칙이다. 우대받을 수 있는 지위나 기회가 모두에게 균등하게 제공되어야 한다는 것이다[13]. 하지만 현실에서 건강할 수 있는 기회는 균등하게 제공되지 않고, 취약계층의 건강은 가장 나쁘다. 국제보건은 건강불평등을 해결하기 위한, 국경을 초월한 활동이다. 우리의 범위를 국경 너머 사람들까지 포함한다면, 국제보건이야말로 건강불평등을 해결하기 위해 가장 시급하게 취해야 할 활동일 것이다.

● 세계시민으로서 건강 문제 바라보기

우리는 우리가 속한 공동체의 가치와 규범에 따라서 공동선을 추구한다. 이때의 공동선이 약자를 보호하고 정의를 추구하며 아픈 사람을 돕는 것이라는 것에 이견은 없을 것이다. 공동체 내에서는 이러한 공동선을 권장하고 공동선에 어긋나면 도덕적으로 비난을 받는다. 그런데 공동체의 범위는 어디까지인가? 다시 말해 ‘우리’의 범위를 어디까지 확장할 것인가라는 질문이 국제보건의 핵심이라 할 수 있다.

개인이 어느 집단을 ‘우리’라고 인식할 수 있는 것은 그 집단에 대한 귀속적 정체성이 있기 때문이다. 내가 가족을 ‘우리’라고 부를 수 있는 것은 내가 가족이라는 귀속적 정체성을 가지고 있기 때문이다. 그리고 개인의 정체성은 한가지만으로 정의되지 않는다. 예컨대 나는 가족의 일원이고, 직장의 직원이며, 지역사회 주민이고, 국가의 국민이다. 한 개인이 여러 가지 정체성을 동시에, 충돌 없이 가질 수 있다. 국제보건에서 ‘우리’를 확장한다는 것은 국제사회에서 건강권의 주체이자 건강권 보호 의무의 담지자로서 ‘세계시민’이라는 정체성을 추가하는 것이다.

‘우리’의 확장은 타인에 대한 공감에 바탕을 둔다. 가족이 아프면 당연히 마음이 아프다. 이는 너무 당연해서 왜 가족이 아플 때 내 마음이 아플까 고민조차 하지 않는다. 아마도 가족은 혈연으로 인한 운명적 공동체이고, 과거의 경험과 미래를 공유하고 있기 때문에 ‘가족’ 안에 속해 있는 ‘너’를 ‘너’로 인식하는 것이 아니라 ‘또 다른 나’로 인식하는 것이다. 그러면 우리는 산후출혈이 조절되지 않아 사망 위험에 처한 저소득국 산모에 대해서 똑같은 마음을 가질 수 있을까? 시리아 난민인 어린이가 백신 접종을 못해서 홍역으로 사망하는 것을 보고 마음 아파 할 수 있을까? 이러한 공감은 나와 그들이 유사하다는 인식, 상호 간에 영향을 주고받을 수 있다는 ‘연결’에 대한 믿음을 바탕으로 한다. 그러한 ‘연결’의 믿음이 세계시민으로서의 자의식을 형성한다.

앞에서 논한 권리로서의 건강, 공리로서의 건강, 평등으로서의 건강 모두, 우리가 세계시민으로서의 자의식을 가지고 있지 않다면 국제보건의 철학적 배경이 될 수 없다. 우리가 대한민국 국민이라는 정체성만을 가지고 있다면 대한민국 어린이들의 건강만 책임지면 된다. 우리가 세계시민이라는 정체성을 가지지 못한다면 저소득국가 어린이들의 건강은 우리에게 공리가 아니다. 저소득국가 어린이들의 건강을 지키는 것은 자원 낭비일 뿐이다. 마찬가지로 우리가 세계시민이 아니라면, 저소득국가 국민들의 건강과 우리의 건강이 평등한지 아닌지 비교할 필요

조차 느끼지 못할 것이다.

세계시민으로서의 정체성이 없다면 ‘국제보건을 왜 하는가?’라는 질문에 대해 ‘우리의 이익을 위해서’ 정치, 외교, 경제적 수단으로 국제보건을 활용해야 한다는 이유를 댈 수밖에 없다.³⁾ 칸트는 윤리 형이상학의 기초에서 ‘너는 너 자신의 인격과 다른 모든 사람의 인격에 있어서 인간성을 언제나 동시에 목적으로 간주하여야 하며, 결코 단순한 수단으로 간주해서는 안 된다’고 말했다[14]. 칸트의 표현을 빌리자면, 인간의 건강을 향상하고자 하는 국제보건은 언제나 동시에 목적으로 간주되어야 하며, 단순한 수단으로 간주되어서는 안 된다. 국제보건은 외교, 정치, 경제의 수단이 아니라 그 자체로 목적으로 간주되어야 한다.

● 대한민국 국제보건의 철학을 묻다

국제개발협력기본법 제3조(기본정신 및 목표)에 따르면, ‘국제개발협력은 개발도상국의 빈곤감소, 여성·아동·장애인 인권향상, 성 평등 실현, 지속가능한 발전 및 인도주의를 실현하고 협력대상국과의 경제협력관계를 증진하며 국제사회의 평화와 번영을 추구하는 것을 기본정신으로 한다’고 기술되어 있다[15]. 대한민국 정부의 보건 분야 ODA도 국제개발협력기본법의 기본정신에 따라 추진된다. 이 법은 경제협력관계 증진을 위해 국제개발이 수단이 될 수 있음을 그 기본정신에 명시하고 있다. 이에 따라 이명박 정부는 국제개발을 자원외교의 수단으로 사용했고, 국제보건은 대한민국 기업의 현지 진출을 위하여 소비되었다..

더 큰 문제는 이 기본정신조차 따르지 않는 국제개발 활동이다. 박근혜 정부가 개발협력의 새로운 패러다임이라며 ‘문화·영양·보건이 융합된 찾아가는 서비스’라고 제시한 ‘코리아에이드’는 국제개발의 철학과 가치 부재가 가져온 문제를 여실히 보여주었다. 국제개발이나 국제보건에 전문성이 없는 사설재단이 사익을 위해 공공 자원을 활용하는 사업을 기획했고, 정부는 ‘코리아에이드’를 통해서 국가홍보를 하려다 국제적 비난을 받았다. 결국 불법적으로 사익을 추구하던 이들은 현재 법적 책임을 추궁 받고 있다[16]. ‘코리아에이드’는 국제보건을 목적이 아닌 수단으로 활용하다 실패한 대표 사례라고 볼 수 있다.

국제보건에 대한 정부 시각만이 문제인 것은 아니다. 병원, 대학, 기업, 시민사회, 종교단체 등 민간에서도 국제보건 활동은 활발하지만 바람직한 비전과 미션을 제시하는 경우는 드물다.

3) 현실적으로 국제개발 또는 국제보건의 주된 동기는 정치적, 외교적, 경제적인 이익 추구이다. 이러한 현실적인 이유를 부정하거나 부정적으로 봐서는 안 된다. 하지만 이익을 무엇으로, 어떻게 정의할 것인지는 중요하다. 이익을 단기적으로 바라볼 지, 장기적으로 바라볼 지, 무엇을 이익으로 정의할 것인지에 따라서 정치적, 외교적, 경제적인 동기들은 바람직할 수도 있고 그렇지 않을 수도 있다.



국제보건을 병원 해외진출의 수단으로, 기업의 홍보수단으로, 시민단체의 사업확장 수단으로, 종교단체의 해외선교 수단으로 활용하고 있지는 않은가? 왜 우리는 국제보건을 하는가? 이제는 각자의 고민을 정리해서 답할 수 있어야 한다.

2.3. 국제보건의 원칙과 가치

이제 국제보건을 ‘어떻게’ 해야 하는가 라는 질문에 답해 보고자 한다. 국제보건은 국경을 넘어서 건강권을 보장하고 건강형평성을 증진시키려는 활동이다. 국제보건은 건강한 삶을 증진하기 위해 경계를 넘어 관계를 맺는 행위이고, 건강한 삶을 증진시키고자 하는 행위들은 생명에 대한 간섭을 일으킨다. 그러므로 국제보건 또한 기존에 합의된 생명윤리의 원칙들을 지켜야 한다.

2005년 제 33차 유네스코 총회에서 채택된 ‘생명윤리와 인권에 관한 보편 선언(Universal Declaration on bioethics and human rights)’은 생명을 다룰 때 자율성 존중의 원칙, 악행 금지의 원칙, 선행의 원칙, 정의의 원칙을 지켜야 한다고 천명한 바 있다[17].

● 자율성 존중의 원칙 (Respect for autonomy)

자율성 존중의 원칙은 인간이 스스로 자신의 삶을 결정할 수 있는 권리를 존중해야 한다는 것이다. 국제보건의 정책 수립, 서비스 제공, 연구 등에서 가장 유념해야 할 점은 우리가 ‘외부인’이라는 사실이다. 우리는 철저히 ‘외부인⁴⁾’으로서의 역할에 충실해야 한다. 우리는 세계시민으로서 동시대를 살아가는 ‘또 다른 우리⁵⁾’의 문제에 공감하고 그에 대한 책임을 지려 하지만, 역설적으로 그러한 욕심이 ‘또 다른 우리’가 자신의 삶을 스스로 결정할 수 있는 권리를 빼앗기도 한다. 국제보건에서 자율성 존중의 원칙을 위배해서 생기는 대표적 부작용이 의존성이다. 외부에서 제공된 기술, 자본, 인력이 단기적으로는 건강 수준을 향상시키고 건강 형평성을 개선시킬 수 있다. 하지만 외부의 기술, 자본, 인력 투자가 지속되지 않으면 그 보건 시스템이 유지될 수 없게 되고, 그로 인해 대등한 관계가 아닌 종속적 관계가 만들어질 수밖에 없다. 설령 제안하는 정책/사업이 건강을 향상하고 건강 형평성을 제고하는 과학적 근거를 갖춘 것일지라도 최종 결정은 ‘또 다른 우리’가 스스로 내릴 수 있도록 해야 한다. 예를 들어 효과가 확실한 백신 접종이라도 접종 전에 충분한 설명이 제시된 동의서에 서명을 함으로써 접종 결

4) ‘외부인’은 공동체에 속하지 않지만, 단절된 개념이 아니라 느슨하게 연결된 형태이다. ‘건강한 외부인’이란, 공동체 내부의 문제에 공감하지만, 내부인이 아니라는 명확한 자의식을 가진다. 내부의 문제를 대신 풀어주는 것이 아니라, 공동체가 스스로 문제를 풀 때 필요하지만 부족한 자원을 외부에서 공급하는 것을 역할로 한다.

5) 세계시민적인 관점에서 국경이라는 경계를 넘어서있는 사람들이 이미 공감과 책임을 함께 하는 ‘우리’라는 인식을 바탕으로 ‘그들’이라는 표현 보다는 ‘또 다른 우리’라는 표현을 쓴다.

정을 스스로 할 수 있도록 해야 한다. 이러한 자율성 존중은 두 가지 의미를 가진다. 첫째, 가치 부여의 문제이다. 인간은 스스로 결정하고 행동한 일에만 가치를 부여한다. 동일한 물건이라도 공짜로 얻은 것에 비해 힘들게 얻은 것을 더 가치 있게 여긴다. 마찬가지로 스스로 얻은 것이 남이 그냥 준 것보다 더 가치 있다고 생각한다. ‘또 다른 우리’가 스스로 결정했을 때에만 국제보건의 개입과 결과가 ‘또 다른 우리’에게 가치 있는 것이 된다. 그렇게 스스로 가치를 부여할 때에만 지속 가능하다. 둘째, 이는 발전의 기회와 관련 있다. 인간은 스스로 결정하지 않고 행동하지 않으면 발전하지 못한다. 남이 문제를 대신 해결해 주면 편할 수는 있다. 하지만 동일한 문제가 다시 발생하거나, 더 어려운 문제에닥치면 해결할 수가 없다. 그 전 문제로 부터 배우지 못하고, 배우지 못해서 발전하지 못했기 때문이다. 그렇게 스스로 결정하고 행동하는 것이 좋지 않은 결과를 낳을지라도 그러한 행동을 통해 인간은 발전한다. 문제의 또 다른 이름은 기회이고, 인간은 기회를 통해서 발전한다. 결정을 대신해 주고, 문제를 대신 풀어주는 것은 발전의 기회를 빼는 것이다. 국제보건을 하면서 기회를 빼는 활동을 하는 것은 옳지 않다. 우리가 할 수 있는 최선의 활동은 모든 정보를 제공하여 ‘또 다른 우리’가 최선의 결정을 할 수 있도록 도와주고 그 결정을 실행할 때 부족한 자원을 제공해 주는 것까지이다.

● 악행금지의 원칙 (Do no harm)

국제 보건은 의도, 과정, 결과에서 대상자에게 해를 끼쳐서는 안 된다. 건강형평성을 증진하고자 하는 국제보건의 악한 의도를 갖지 않는 것은 당연하다. 다른 의도를 가진 것은 국제보건이라 부를 수 없다. 하지만 과정과 결과에서 국제보건은 악행을 범할 수 있다. 이솝 우화에 나오는 여우와 두루미 이야기처럼, 두루미에게 나쁜 의도는 없었지만 자신이 먹기 편한 목이 긴 병에 음식을 담아 주는 것이 배고픈 여우에게는 악행이 될 수 있다. 두루미는 자신에게 좋은 것이 친구에게도 좋은 것일 거라고 착각을 한 것이다. ‘우리’에게 좋은 것이 ‘또 다른 우리’에게도 좋을 것이라는 생각은 ‘또 다른 우리’에게 해를 끼칠 수 있다. 이런 일들은 국제보건에서 흔하게 발생한다. 또 다른 악행을 낳는 것은 ‘좋은 의도는 좋은 결과를 낳을 것’이라는 믿음이다. 좋은 의도로 시작한 국제보건 프로그램이라고 해도 성공하는 경우는 드물다. 국제보건 프로그램이 성공에는 프로그램 자체의 힘보다 주변 환경이 더 큰 영향을 미친다. 국제보건 프로그램이 실패해서 아무런 결과를 남기지 않는 경우는 그나마 나은 편이다. 오히려 해를 입히는 상황도 심심치 않게 발생한다. 국제보건 프로그램으로 여겨지는 해외의료봉사활동이 그렇다. 해외의료봉사활동은 훌륭한 지식과 자본을 가진 사람들이 선한 의도를 가지고 의료서비스에

접근하기 어려운 이들에게 의료서비스를 제공하는 활동이다. 그러나 낮은 효과성과 효율성은 둘째 치더라도, 현지 의료시스템에 혼란을 초래해서 장기적으로 해를 끼치는 경우가 흔하다 [18]. 해를 끼치지 않기 위해서 가장 중요한 것은 첫째 원칙인 자율성을 존중하고 우리 스스로 ‘외부인’으로서의 자각을 갖는 것이다.

● 선행(Do good)의 원칙

국제보건은 ‘또 다른 우리’를 위해서 ‘우리’의 자원을 쓰는 활동이다. 이러한 활동이 효과적이지 않거나 비효율적이라면 선행이 아니다. 과학적 근거에 기반하지 않은 국제보건 활동은 자원의 낭비를 초래하니, 그것도 선행이 아니다. 분절되고 통합되지 않은 국제보건 활동은 효율성이 떨어지므로 선행이 아니다. 국제보건에서 선행의 원칙이 중요한 것은 선행 그 자체뿐 아니라, 선행이라도 행해지지 않은 것은 선행이 아니라고 주장할 수 있기 때문이다. 가만히 있는 선이 아니라 선을 행할 것을 요구한다. 국제보건에서 선은 경계선을 넘어선 건강 불평등 해소이다. 무엇이 선인지 알고도 행하지 않는 것은 선행의 원칙을 위배하는 것이다. 시리아 난민 어린이들이 예방접종을 못 받고, 스와질란드의 HIV/AIDS 유병률이 25% 가까이 되는 것을 알면서도 아무런 행동도 하지 않는 것은 선을 행하지 않는 것이다. 우리는 건강불평등이 사라지지 않는 한, 적극적으로 국제보건 활동을 해야 한다. 우리가 국제보건으로 인한 부정적 결과를 의식해서 아무것도 하지 않는 것도 선행의 원칙을 위반하는 것이다. 선행의 원칙을 따르기 위해서는 세계시민으로서의 감수성을 길러야 할 뿐만 아니라 건강불평등을 개선하기 위해 행동해야 한다.

● 정의(Justice)의 원칙

국제보건에서 정의는 ‘자원 분배(distribution)의 정의’와 ‘행위/절차의 공정함(fairness)’ 모두를 필요로 한다. 분배 정의는 공리주의적 정의와 자유주의적 평등주의 관점의 정의가 모두 포함된다. 공리주의 관점에서라면 최대한의 건강 향상과 건강불평등 개선을 위해 자원을 배분하는 것이 정의롭다. 자유주의적 평등주의 관점에서 롤스의 제 1원칙과 2원칙을 적용해 보면, 건강불평등을 최대한 개선시킬 수 있을지라도 개인의 존엄성을 침해해서는 안 되며, 자원과 힘의 불평등은 가장 취약한 계층이 가장 많은 이득을 얻을 수 있을 때에만 인정되어야 하고, 그러한 자원과 힘을 가질 수 있는 기회는 평등하게 보장되어야 한다. 이러한 원칙을 고려한다면,

한정된 자원으로 취약한 국가를 우선 지원하는 것이 더욱 바람직하며, 값비싼 첨단 의료 서비스를 제공하는 것보다는 필수적 일차보건의료를 지원하는 것이 더욱 정의롭다. 다수의 건강개선을 위해 개인이 양질의 보건의료 서비스를 받을 수 있는 권리를 희생시키는 것은 정의롭지 못하다.

또한 국제보건에서 정의는 행위·절차의 공정성을 보장해야 한다. 원활한 국제보건 사업을 위해 독재자를 지원하고 저소득국가의 부정부패를 조장하거나, 국제보건 인력의 만성 부족을 해결하기 위해 저소득국 정부기관의 보건인력을 빼오는 행위는 공정하지 못하다. 필수 보건의료 서비스를 효율적으로 제공하기 위해서 불공정한 독과점 형태의 민간 서비스를 제공하는 것은 정의롭지 못하다. 이렇듯 행위의 공정성에는 의도와 결과뿐 아니라 행위·절차의 공정성도 지켜져야만 한다.

그렇다면 국제보건의 추구해야 할 가치는 무엇일까? 우리사회 국제보건의 가치로 인간 존엄성과 자유를 제안하고자 한다. 대한민국의 국제보건의 인간 존엄성을 보장하고, 인간의 자유를 확장하는데 이바지해야 한다고 생각한다.

● 인간의 존엄성

앞서 서술한 것처럼 국제보건은 ‘경계를 넘어서 건강형평성을 제고하고자 하는 활동’이다. 왜 인간은 건강해야 하는가? 왜 건강은 평등해야 하는가? 인간은 존엄하기 때문이다. 칸트의 표현을 빌리자면 인간은 자유의지를 갖고 이성으로 판단할 수 있기 때문에 존엄한 존재이다. 건강하지 못하면 자유의지를 갖기 어렵고, 이성적으로 판단하기 어렵다. 설령, 자유의지가 있더라도 그에 따라 행동하기 어렵다. 건강하지 못한 상태에서 인간은 존엄성을 유지하기 어렵기 때문에 건강해야 하고 건강을 추구할 수 있어야 한다. 또한 모든 인간은 동일한 정도로 존엄하다. 돈이 많거나 공부를 더 많이 했다고 더 존엄하지 않다. 누구나 동일한 정도로 존엄하기 때문에 평등해야 한다. 인간은 자유의지를 갖고 있고, 이성적으로 판단하기 때문에 존엄하다. 하지만 이렇게 모두 존엄해야 할 인간들 사이에서 남자 어린이가 여자 어린이보다 더 건강하고, 부자가 가난한 사람들보다 더 건강하고, 도시에 사는 이들이 농촌 주민보다 더 건강하고, 선진국 국민들이 저소득국 국민보다 더 건강하다. 이러한 건강불평등이 개선되어야 모든 사람이 동등하게 존엄하다고 말할 수 있고, 존엄한 존재로서 위상을 지닐 수 있다.

● 자유

헤겔은 역사철학 강의에서 역사는 절대정신에 의해 발전하며, 인간의 자유가 발전한 정도에 따라 역사 발전의 정도가 결정된다고 주장했다[18]. 한편 아마티아 센은 발전을 실질적인 자유가 확장되는 과정으로 설명한다[8]. 국제보건의 경계를 넘어서 건강형평성을 증진하는 활동이라면, 국제보건의 인간의 실질적 자유를 확장하는 방향으로 전개되어야 한다.

지금까지 대한민국에서는 국제보건을 더 많이 해야 하고 더 잘 해야 한다는 고민은 있었지만, 왜 국제보건을 해야 하는지, 어떻게 해야 하는지에 대한 고민은 부족했다. 이는 당위적 이유와 목표를 가지고 국제보건 활동을 했다기보다 보건분야 공적개발원조(ODA)를 하다 보니 국제보건을 하게 되었거나, 국내보건 활동을 하다 보니 자연스레 국제보건으로 연장된 경우가 많았기 때문이었다. 경계를 넘어서는 특징과 건강형평성 제고를 목표로 하는 국제보건의 취지에 맞게 국제보건의 철학과 가치를 정립하고 이를 바탕으로 국제보건을 논의하고 실행해야 한다. 너무나 당연한 이야기라서 자율성 존중, 악행금지, 선행, 정의의 원칙을 이야기할 필요가 없다고 생각할지 모르지만 이를 적용하고 한 가지씩 따져보면 국제보건을 원칙대로 하기란 쉽지 않다. 얼마나 많이, 얼마나 빠리가 아니라 천천히 가더라도 옳은 방향으로 가기 위해 원칙과 가치를 설정하고 지켜 나가는 것이 필요하다.

2.4. 국제보건의 목표

국제보건을 왜 해야 하는지, 어떻게 해야 하는지 논의해 보았다. 이제 국제보건의 목표는 어떻게 바뀌어 왔고 국제보건의 목표로 무엇을 설정해야 하는지 살펴보고자 한다.

● 새천년개발목표(MDGs)에서 지속가능개발목표(SDGs)로

1999년 UN은 코피 아난 전 유엔 사무총장과 제프리 삭스 등 개발학자들을 중심으로 새천년 인류가 달성해야 할 목표를 제시했다. 빈곤퇴치, 교육기회 확대, 모성과 아동 사망 감소, 감염병 퇴치 등이 그것이다. 2000년 새천년 개발목표 (Millennium Development Goals, MDGs)라는 이름으로 UN에서 발표된 이후, MDGs는 국제개발의 모든 이슈를 흡수하면서 2015년까지 전 지구적 국제개발 목표로 활용되었다. MDGs의 성공과 과오에 대해서는 이미 많은 분석이 이루어졌다. 그리고 이를 바탕으로 UN은 2016년부터 2030년까지 달성해야 할 새로운 목표를 지속가능 개발목표 (Sustainable Development Goals, SDGs)라는 이름으로 제시했다[19].

MDGs는 국제보건 측면에서 여러 가지 성과를 냈다. 소수의 몇 가지 목표를 명확히 함으로써 GFATM (The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria), GAVI (The Global Alliance for Vaccines and Immunizations) 등 수직적 자금동원 체계와 PMNCH(The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health) 같은 모자보건 협의체를 만들어 국제보건 자금지원을 원활하게 만들었다. 원활한 자금지원과 성과 모니터링은 아동사망과 모성사망 감소, 감염병 확산 억제 같은 훌륭한 성과를 만들어 냈다. 하지만 MDGs의 성공 이면에는 몇 가지 한계들도 있었다. MDGs에 제시된 세 가지 보건목표 - 모성건강증진, 아동사망 감소, 감염병 확산 억제 - 외에도 인류가 공통으로 직면한 많은 보건 문제들이 있지만, MDGs에 포함되지 않았다는 이유로 지원이나 활동이 어려웠다. UN, 개발은행, 양자개발협력기구, 국제 NGO부터 풀뿌리 NGO에 이르기까지 모든 국제개발 단체들은 이 세 가지 이외의 활동을 하면 자원을 낭비하고 정당성이 없는 것처럼 여겨졌다.

SDGs는 이러한 문제점을 보완하는 방향으로 설계되었다. 소수의 전문가들이 단기간 내에 만들어내는 방식이 아니라 2011년부터 시민사회, 전문가, 각국 정부, UN 기구 등 다양한 집단의 의견을 듣고 보완하는 과정을 거쳐 2015년에 발표되었다. 또한 소수의 목표가 아니라 인류가 당면한 대부분의 문제들을 17개 목표와 169개 세부 목표에 담아냈다.

SDGs는 MDGs의 장점인 구체적인 목표와 지표 설정 체계를 계승하고, 단점인 공여자-수혜자 관점의 접근, 목표에 대한 공통의 합의 부재, 중요하지만 수치화하기 어려운 문제의 배제 등을 보완하려고 노력했다. 하지만 SDGs는 결과적으로 모든 사람의, 모든 사람을 위한, 모든 문제의 총정리 같은 모습으로 2015년 9월 발표되었다. 4년 이상의 준비 기간, 다양한 목표와 목적을 가진 사람들의 참여, 본인이 중요하다고 생각되는 목표가 제외되면 향후 15년간 소외될 것이라는 불안감, 목표의 우선순위 설정에 필요한 강력한 리더십의 부재가 17개 목표, 169개의 세부목표, 그리고 현재도 수정되고 새로 만들어지고 있는 수백 개의 지표로 나타나고 있다. 모든 것을 목표에 포함하고 모든 것이 중요하다고 하는 것은, 역설적으로 표현하면 아무것도 중요한 것이 없다는 것과 같다. 목표 설정의 중요한 기능인 연대, 동기부여, 효율적인 자원 배분의 기능이 상실된 것이나 마찬가지다.

● 지속가능개발목표(SDGs)와 보편적 건강보장[19]

국제보건 측면에서도 마찬가지다. SDGs는 현재와 미래 시점에서 건강과 보전에 관련된 대부분의 문제들을 포함했다. 국제보건의 측면에서 SDGs의 세부목표를 살펴보면 몇 가지 흐름을 확인할 수 있다. 첫째, MDGs에서 제시되었던 목표들은 미완의 과제라는 이름으로 더욱 세분화하여 세부목표에 포함되었다. 둘째, MDGs에 포함되지 않았던 주제들 중 비감염성 질환, 교통사고, 약물중독, 환경오염 등이 새로이 포함되었다. 셋째, 담배규제, 의약품 특허 등 접근성 개선, 보건의료인력과 재정 강화, 감염병 통제 시스템 강화 등 실행 목표를 별도로 제시했다. 넷째, 영양, 식수, 여성교육, 환경, 출생등록 등 건강의 사회적 결정요인들이 별도 목표로 포함되었다. 국제보건 측면에서 SDGs의 가장 큰 의미는 보편적 건강보장 (Universal Health Coverage, UHC)의 전면 대두라고 할 수 있다. 보편적 건강보장은 보건 분야의 모든 주제를 통합하는 목표일 뿐 아니라 보건수준을 평가하는 지표로 역할을 하고 있다. 이는 MDGs 시대의 수직적 접근을 보완하고 시스템 중심의 통합적인 접근을 강조한다. 보편적 건강보장은 전략 및 계획에서 자세히 다루도록 하겠다.

● 대한민국 국제보건의 SDGs를 맞이하는 자세

대한민국은 SDGs 준비 기간인 2011년부터 2015년 동안 시민사회 포럼, 전문가 참여, UN 고위급 패널 등 다양한 방법으로 UN에 의견을 제시했다. 또한 SDGs 형성 시기부터 2015년

9월 SDGs 발표 이후에도 시민사회, 학회, 정부기구, 국회 등이 중심이 되어 의견을 수렴하고 대한민국의 대응방향을 논의해 왔다. 논의의 주된 흐름은 크게 두 가지이다. 첫째 대한민국의 개발에 어떻게 SDGs를 활용할 것인가? 인류의 보편적 목표로 제시된 SDGs이니 대한민국 내 부적으로도 이를 달성하기 위해 노력해야 하는 것은 당연하다. SDGs 17개 목표, 169개 세부 목표와 이에 따른 지표 중에서 대한민국이 달성하지 못하고 있는 목표는 무엇인지, 없는 지표는 어떠한 방식으로 통계를 낼 것인지, 달성하지 못한 목표 개선을 위하여 SDGs를 어떻게 정치적·사회적 의제로 만들어 낼 것인지에 대한 논의이다. 둘째는 대한민국은 국제사회의 SDGs 달성을 위해 어떻게 접근하고 노력할 것인가? 국제 사회의 일원으로서 대한민국도 이에 기여해야 한다. 향후 국제개발협력에서 SDGs는 중요한 프레임으로 작용할 것이 분명하니 대한민국은 무엇을 가지고 있고, 무엇을 할 것이고, 그 과정에서 무엇을 추구할 것인지에 대한 논의가 필요하다.

대한민국에서 국제보건을 하는 사람들도 SDGs를 준비해 왔다. 하지만 현재까지의 논의는 SDGs의 구조와 의미를 소개하고 현 상황을 공부하는 정도에 머물고 있다. KOICA 등 정부기구를 통해서 SDGs의 보건 분야 세부목표와 지표가 한국어로 소개되었고, 국제보건의료학회를 중심으로 보건과 관련이 깊은 SDGs 세부 목표에 대한 분석과 국제보건 활동에 미치는 함의를 논의하고 있다. 이러한 일련의 활동을 통해서 SDGs가 무엇이고 MDGs와는 어떻게 달라졌는지 공유되는 수준에 이르렀다. 향후 SDGs가 국제보건의 주된 프레임으로 활용될 것이기 때문에 이제는 SDGs를 어떻게 활용할 것인지 고민해야 한다. SDGs라는 기회를 어떻게 활용할 수 있을까?

첫째, 보건 분야 SDGs를 국내 건강, 보건 분야 향상에 어떻게 활용할 수 있을지 고민해야 한다. SDGs의 특성은 보편성(Universality)이다. ‘그들’의 문제가 아니라 ‘우리’의 문제이다. 우리의 문제를 해결하기 위해 그들의 지식, 기술, 자본을 활용할 수도 있을 것이다. 예를 들면 SDG3의 세 번째 세부목표는 결핵 유행을 종식시키는 것이다. 대한민국의 대표적 보건문제인 결핵 발생률을 낮추기 위해 SDGs를 활용해서 정치적 관심을 높이고 USAID 또는 게이트 재단의 재정지원을 받아 이를 해결해 볼 수도 있지 않을까? 대한민국 자살문제는 어떤가? SDG3 네 번째 세부목표는 정신건강으로 인한 조기 사망을 1/3 이하로 낮추는 것이다. SDGs를 근거로 국제사회를 등에 업고 전 세계에서 세 번째로 높은 대한민국의 자살률 감소를 위한 정책을 추진하도록 촉구하면 어떨까? SDGs를 플랫폼으로 국제사회와 지식, 기술, 재원의 연대를 추진해 볼 수 있지 않을까? 국제보건에 혁신적인 사고방식이 필요하다. SDGs 시대의 보편성을 충분히 인지하고, 국제보건의 공여자-수혜자 중심의 사고방식을 탈피해야 한다. 우리가 수

혜자가 되어 국제보건을 할 수도 있다.

둘째, 세계시민으로서 우리가 가진 국제보건 역량으로 무엇을 할 것인지 고민해야 한다. 모든 것을 포괄하려다 보니 무엇을 해야 할지 모르겠다는 SDGs 단점은 역설적이게도 모든 것을 포함하고 있다는 장점이 될 수 있다. 그 어떤 목표나 활동도 SDGs와 연계되지 않는 것이 어려울 정도이니, 국제보건에서 하고 싶고, 할 수 있는 것을 마음껏 할 수 있다. 일본은 SDGs 시대를 맞이하여 정부 차원의 국제보건 전략을 발표하고 이를 대내외에 공표했다[20]. 정부 차원에서 이러한 전략을 발표하는 것은 정책의 투명성이나 방향성을 예측하는데 도움이 될 수 있다. 하지만 SDGs가 내포하고 있는 다양성의 장점을 살리는 데에는 모자보건, 감염병, 비감염성 질환 같이 몇 개 분야에 집중하는 일관된 전략을 수립하는 것이 오히려 방해가 될 수 있다. 한때 통신 기업이 기업의 사회적 공헌 활동이라면서 도시락을 나눠주고 김장봉사를 하던 시절이 있었다. 물론 그 자체로 좋은 활동이긴 하지만 효과적인 활동은 아니었다. 요즘 통신 기업들은 소외계층의 정보격차 해소에, 자동차 전문기업은 소외계층의 이동성과 접근성 향상에 도움을 주려 한다. SDGs 시대에 우리는 어떤 것이든 할 수 있지만 모든 것을 할 필요는 없다. 우리가 할 수 있는 것을 가장 효과적인 방법으로 하면 된다. 여기서 중요한 것은 우리가 무엇을 가지고 있는지 알아야 하며, 그것을 어떻게 국제보건에 활용할 것인가 고민하는 것이다. 통신을 잘 하는 기업이 소외계층의 정보격차 해소에 힘을 쏟는 것처럼, 결핵을 전문적으로 연구하는 기관은 전 세계의 결핵퇴치를 위해 어떻게 노력할 것인지 고민하는 것이 새롭게 말라리아 연구를 시작하는 것보다 효과적이다. 건강보험을 연구하고 집행하는 기관은 대한민국의 건강보험 도입과 확산 경험의 공과를 분석하여 어떻게 저소득국의 안정적인 건강보험 도입에 도움이 될지 고민하면 된다. 중요한 것은 우리가 하고 있는 활동이 SDGs 내에서 어떻게 구조화되어 있고, 국제적으로 어떠한 흐름 내에서 이뤄지고 있는지 인식하고, 국제적인 플랫폼에서 어떻게 연대하고, 긍정적인 영향력을 확대시킬 것인지 고민하는 것이다. 그리고 그러한 모든 활동은 국제보건에 도움이 된다.

셋째, SDGs를 계기로 대한민국에 국제보건에 대한 인식을 확산시키고 외연을 확대하려는 노력이 이루어져야 한다. MDGs 시대에는 MDGs에서 제시한 세 가지 보건목표 이외의 활동을 국제보건이라고 부르는 것이 어려웠다. 하지만 SDGs 시대에 금연은 중요한 국제보건 주제이고 교통사고 예방은 SDGs 세부목표이다. 이제는 국제보건의 영역을 적극적으로 확장하는 것이 필요하다. 대한민국에는 이미 이러한 국제보건 활동을 훌륭히 해 온 역량 있는 기관들이 있다. 한국건강증진개발원은 국내외 금연 정책 및 교육 분야에서 활발한 활동을 해왔고, 도로교통공단은 교통사고 감소를 위한 역량을 충분히 갖추고 있다. 중요한 것은 이러한 활동들이

국제보건 활동임을 인식하고, 국제보건 플랫폼에서 전 세계적 문제해결에 기여할 수 있도록 인식을 확대하고 활동을 뒷받침 해주는 것이다.

우리의 국제보건 목표는 무엇이어야 할까? SDGs는 향후 15년 간 국제보건의 중요한 프레임이 될 것이 분명하다. SDGs가 중요한 프레임이라는 것은 SDGs에 있는 목표만을 달성해야 한다거나, SDGs 목표이지만 달성 정도가 가장 뒤떨어진 세부 목표에 더 힘을 기울여야 한다는 의미가 아니다. SDGs에서 통용되는 언어로 우리의 국제보건 목표를 말할 수 있어야 한다는 의미이다. SDGs의 개별주제들이 중요한 이슈로 다뤄지겠지만, 우리의 국제보건 목표는 SDGs의 세부목표에 포함되는지 여부를 떠나서 인간의 존엄성과 자유를 위협하는 건강불평등을 제거하는 것이 되어야 한다. 중요한 것은 선택과 집중이 아니라 다양성이다. 우리는 국제보건으로 다양한 목표를 설정할 수 있어야 한다. 다양한 목표 설정은 국제보건을 양적으로 질적으로 성장할 수 있게 해준다. 그리고 이 다양한 목표는 SDGs의 언어인 누구나 적용되는 보편성, 누구도 남기지 않겠다는 포괄성, 측정 가능한 명확한 지표, 구체적인 실행계획, 평가 및 피드백으로 소통될 수 있어야 한다. 국제보건의 중요한 목표로 모자보건의 향상, 보편적 건강보장이 포함되겠지만, 모두 다 그런 문제들에만 매달려서는 안 된다. 누군가는 성 소수자의 건강 문제에도 관심을 기울여야 한다. 그리고 이러한 문제들을 SDGs 플랫폼에서 SDGs의 언어로 소통하고 국제사회와 연대할 수 있어야 한다.

2.5. 국제보건의 전략

국제보건의 목표들은 SDGs 틀 안에서 현재와 향후 15년간 발생할 주요 보건 이슈와 보편적 건강보장을 목표로 추진될 것이다. 이러한 목표를 달성하기 위하여 국제사회는 어떠한 전략을 가지고 있는지, 우리는 어떻게 이에 기여할 수 있을지 논의해 보고자 한다.

● SDGs 시대 국제보건의 전략적 접근

WHO는 보편적 건강보장(UHC)을 “모든 사람이 비용 지불에서 금전적 어려움을 겪지 않으면서 그들의 필요를 충족시킬 수 있는 양질의 보건서비스를 받을 수 있는 것”이라고 정의했다[21]. MDGs 이후 무엇을 국제보건 목표로 설정해야하는지 논의 끝에 보편적 건강보장이 통합적 보건목표로 제시되었다. 보건 분야의 지속가능 개발목표로 여겨지는 SDG3의 제목은 ‘전 연령대의 모두에게 건강한 삶을 보장하고 안녕을 증진하기(ensuring healthy lives and promoting well-being for all at all ages)’이다. SDG3는 MDGs처럼 보건의 특정 목표를 제시하기보다는 건강한 삶을 보편적으로 보장한다는 포괄적 개념을 제시하고 있다. MDGs가 특정 인구집단, 특정 질병을 명시했던 것에 비해 SDG3는 모든 연령으로 대상을 확대하면서 건강한 삶을 모든 인간의 보편적 권리로서 보장하겠다는 의지를 담고 있다. 보편적 건강보장은 보건 분야의 개별적 세부목표를 통합할 뿐 아니라 지속가능한 건강한 삶을 달성하기 위한 핵심수단으로 자리매김했다.[19].

보편적 건강보장은 크게 세 가지 방향성을 가진다. 첫째, 그 누구도 뒤에 남지 않도록 하기 위해서 (‘No one behind’) 보건의료 서비스에 접근할 수 있는 인구집단을 확장하고자 한다. 둘째, 양질의 보건의료 서비스를 받을 수 있도록 보건의료 서비스의 양뿐 아니라 질도 향상하고자 한다. 셋째, 안정적 재정공급 체계 구축으로 지속가능한 보건의료 시스템을 완성하고자 한다[21]. SDGs 시대에는 이를 바탕으로 몇 가지 전략적 방향성이 나타날 것이다.

첫째, 특정한 인구집단이 아닌 보편적 건강보장을 추구한다. 그 누구도 뒤에 남겨두지 않고자 하며 건강을 인간 존엄성을 지키기 위해 보장해야 할 가치로 여긴다. 이에 따라 건강불평등을 해소하기 위하여 성별, 지역별, 연령별, 교육수준별로 구분된 자료를 수집하고, 사회적으로 배제된 인구집단의 건강문제를 드러내며 이를 우선적으로 해결하고자 한다.

둘째, 보건의료 서비스의 양뿐 아니라 질적 수준을 고려한다. MDGs 시대에는 특정 보건의

료 서비스를 제공할 수 있는지, 보건의료 서비스를 이용했는지 여부에 관심이 많았지만, SDGs 시대에는 보건의료 서비스를 이용했는지 여부만이 아니라 제공된 서비스의 질을 평가하고 양질의 서비스를 통해서 실질적 건강수준의 변화를 이끌어 내고자 한다.

셋째, 안정적인 보건의료 재원을 확보하기 위해서 국외의 재원뿐 아니라 국내의 재원도 함께 고려한다. MDGs 시대에는 보건의료 서비스 제공을 위해 국외의 재원을 얼마나 많이, 얼마나 효과적으로 활용할 것인가 고민했다면, SDGs 시대에는 외부 지원뿐 아니라 세금, 공적 기금, 건강보험, 민간투자 등 다양한 국내 재원의 구성과 활용을 함께 고려한다.

● 보편적 건강보장의 우선순위[21]

보편적 건강보장은 모든 사람에게, 양질의 보건의료 서비스를, 재정적 부담 없이, 필요한 만큼 제공하는 것을 목표로 한다. 하지만 자원은 한정되어 있기 때문에, 누구에게 어떤 서비스를 우선적으로 제공하고, 어떤 방법으로 누구의 재정적 부담을 먼저 줄일 것인가라는 우선순위 문제가 제기된다. WHO는 필수적이고 비용-효과적이며 재정적 위협을 예방할 수 있는 보건의료 서비스를 우선적으로 확대해야 한다는 지침을 제시한 바 있다. 서비스 대상의 우선순위에 빈곤층, 시골지역, 사회적 차별로 인해 보건의료 서비스 접근이 어려운 인구집단이 포함된다. 또한 재정적 위협은 우선순위가 높은 서비스부터 감소시키고, 취약계층의 재정적 위협을 먼저 제거하며, 재정기여는 지불가능성에 따라 부담하되 서비스는 필요에 따라 활용하도록 해야 한다.

MDGs 시대 국제보건의 재원은 2000년부터 2010년까지 매년 11.4%가 늘어났다. 명확한 보건목표가 설정되면서 에이즈/결핵/말라리아 (예: Global Fund for AIDS, TB, Malaria), 예방접종 (예: Global Alliance for Vaccine & Immunization), 모자보건 (예: Partnership for Maternal Newborn Child, Adolescent Health) 등 각각의 목표에 대응하는 재원조달 체계가 마련되고 목표 달성에 필요한 재원을 추산할 수 있게 되면서 국제보건에 대한 재원확보가 용이해졌다[22]. MDGs 시대 재원과 관련된 주요 이슈는 외부 재원을 어떻게 늘릴 것인가, 확보된 재원은 어떻게 효율적으로 활용할 것인가였다. GNI 대비 0.7% 이상을 국제개발에 활용하는 국가들이 늘어났고, 대한민국도 OECD DAC에 가입하면서 GNI 대비 0.25%까지 ODA 예산을 늘리겠다고 약속한 바 있다. 2005년 파리선언, 2008년 아크라 행동계획, 2011년 부산선언까지 효율적 재원 활용을 위한 노력도 멈추지 않았다. SDGs 시대에도 ‘더 많이, 더 효과적으로’라는 기조는 유지되겠지만 그 방법에선 변화가 예상된다. 2015년 12월 에티오피아 재원

조달 회의에서는 재원 조달에서 원조뿐 아니라 국내 투자, 세수, 해외 송금 등 다양한 재원 확보 방안을 논의했다[23]. 그리고 모자보건 (Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health; RMNCAH) 분야의 자금 마련과 집행을 위해서 Global Financial Facility(GFF) 라는 이름의 시스템을 설립했다. GFF는 기존의 국제보건 조화 및 공동재원 시스템인 IHP+, Global Compact, Health Results Innovation Trust Fund (HRITF)를 대체할 것으로 보이고 모자보건을 넘어 국제보건 전반에 영향을 끼칠 것으로 기대된다[24]. GFF는 세계은행의 HRITF 시스템에 기초하고 있으며, 각 국가의 주인의식을 강조하는 측면에서는 기존의 시스템과 유사하다. 하지만 외부재원 조달과 조정 기능뿐만 아니라 1) 기존 보건자원의 효율적인 활용, 2) 보건향상을 위한 국내 재원 증가, 3) 내부 자원과 외부 자원의 효과적 조화, 4) 민간 재원 활용 증대를 목표로 한다는 점에서 국제보건 재원조달의 확대된 시스템으로 기능할 것으로 보인다[25].

● 대한민국에서 국제보건의 소비되는 방식

대한민국에서 국제보건은 정치적·외교적으로 다양하게 소비되었다. 1960~70년대 북한이 제 3세계에 의료진을 파견하는 것에 대응하기 위해 대한민국은 정부파견의사 제도를 도입했다. 1967년 첫 파견을 시작으로 2008년까지 아프리카, 아시아, 남아메리카, 태평양 섬나라에 의사파견이 이루어졌다. 시작은 정치적 목적 때문이었지만, 파견된 의료진의 헌신 덕분에 대한민국에 대한 해외의 인식 개선, 취약지역 의료서비스 제공 등 소기의 성과를 거두었다. 하지만 2008년에 효과 대비 비용이 과다하다는 이유로 군 대체요원인 국제협력의사로 대체되면서 제도는 종료되었다[26].

대한민국의 국제개발협력이 본격화되던 1990년대~2000년대 초중반까지는 보건 분야 ODA의 일환으로 보건소와 병원을 건립하는 것이 국제보건의 주된 프로그램이었다. 국제보건을 위한 전략적 고려가 없는 상황에서, 당시 국내의 국제보건 역량으로 할 수 있으면서 중저소득 국가들의 필요와 맞아 떨어진 것이었다. 이렇게 설립된 보건소와 병원의 지속가능성에 의문이 제기되면서 국내외에서 비판을 받기도 했지만, 다른 공여국이 투자하지 않는 상황에서 저소득 국가들이 필요로 하는 보건의료 인프라를 지원했다는 점에서 긍정적 평가를 받기도 했다. 이 시기 국제보건의 논의는 보건소와 병원 설립의 타당성, 지속가능성에 중점을 두었다.

대한민국에 전략적인 국제보건 프로그램이 등장하고 다양성이 증가한 것은 2007년 국제빈곤퇴치기여금이 도입되면서부터이다.⁶⁾ 국제빈곤퇴치기여금에 아프리카 질병 퇴치라는 전략적

목표가 설정되면서 니제르 뇌수막염 프로그램, 수단 주혈흡충 프로그램, DR콩고 말라리아 프로그램 등이 형성되었다. 이와 더불어 보건의료 인프라 중심의 기존 사업에 대한 반성을 통해 에티오피아 가족계획 사업, 라오스 아동보건 프로그램 등이 등장하기 시작했다. 이를 기점으로 대한민국 국제보건은 MDG 4, 5, 6번이 강조하는 모자보건과 질병 중심의 전략적 프로그램이 주류가 되었다.

ODA 틀 내에서 국제보건은 정부 정책에 벗어나기 힘든 구조였다. 이명박 정부 시기에는 자원외교와 보은외교의 수단으로 ODA가 사용되었기 때문에 보건 분야 ODA 프로그램도 이를 따라갈 수밖에 없었다. 자원 외교의 일환으로, 자원이 풍부한 중/저소득국가에 대규모 보건 인프라사업을 하는 형식으로 국제보건의 소비되었다.

박근혜 정부 초기에는 새마을운동이 ODA의 주된 전략이었다. 대한민국의 새마을운동 모델을 전 세계에 확산시키는 데 ODA를 활용한다는 구상이었다. 보건분야 국제개발 프로그램이 새마을 운동의 보건 분야 활동으로 포함되기도 했다. 박근혜 정부 후기에는 4대 개발협력 구상 중 하나로 ‘모두를 위한 안전한 삶 (Safe Life for All)’이라는 보건분야 이니셔티브가 발표되었다. 이는 감염병 예방·감시·대응을 위한 Global Health Security Agenda(GHSA)에 기여하기 위해 만들어진 것이다. 대한민국의 국제보건 이니셔티브로 브랜드되고 지구적 감염병 관리 노력과 조화를 이루며, 구체적인 지원 액수를 명기하였다는 점에서 이는 진일보라 할 수 있다. 하지만 이것은 2015년 서울에서 열린 2차 GHSA 회의에서 대통령 발표를 위해 성급하게 준비된 것이어서 기존에 존재하던 대한민국 국제보건 프로그램과의 연계, 서사가 부족했다. 또한 미국 등 GHSA를 주도하는 국가들과의 외교적 협력을 위해서 국제보건의 소비된 측면도 있다. 예를 들면, 감염병 관리에 공약한 예산을 확보하기 위해 비감염병 분야 국제보건 프로그램들의 신규 반영은 축소되었다.

박근혜 정부 말기에는 대통령의 아프리카 순방에 맞춰 ‘코리아에이드’라는 프로그램이 만들어졌다. 문화, 음식, 보건을 융합한 ‘찾아가는 서비스’를 표방하며 시작한 이 프로그램은 대한민국의 국제개발 대표 브랜드로 활용되기까지 했으나, 결국은 사익을 취하기 위해 급조된 프로그램이라는 것이 드러났다[16].

국제보건 프로그램의 대부분이 ODA를 통해 추진되는 현실에서 정부의 ODA 전략과 계획은 국제보건에 많은 영향을 미칠 수밖에 없다. 정권이 바뀔 때마다 ODA도 그에 따라 정치적·외교적 수단으로 활용되었기에 일관된 전략이나 계획을 가지기 어려웠다. 하지만 다른 관점에서 보면 국제보건의 일관된 전략이나 계획을 가지고 있지 않았기 때문에 정권이 바뀔 때

6) 2007년 이전에도 중국 소외열대질병 프로그램, 백신보급 프로그램 등이 단발적으로 시행되었다.

마다 사익 추구의 수단으로 소비된 것일 수도 있다. 일본의 경우, 인간안보라는 개념을 보건 분야 ODA의 전략 목표로 일관되게 제시하고 있다. 일본은 이러한 기본 전략을 바탕으로 모자 보건, 감염병 관리, 보편적 건강보장이라는 이슈를 통합해 가면서 보건분야 ODA를 일관성 있게 추진하고 있다[20]. 이렇게 국제보건의 기본 전략이 있기 때문에 정권의 의지에 따라 휘둘리지 않고, 정부가 이를 활용할 수밖에 없도록 만드는 것일 수도 있다.

2.6. 국제보건의 실행

경계를 넘어서는 건강불평등을 개선하기 위해 다양한 주체들이 국제보건 영역에서 활동하고 있다. UNICEF, WHO, UNFPA 등의 UN 기구, 세계은행으로 통칭되는 국제개발 금융기구, Global Fund나 GAVI 같은 재원조달 기구, 게이트스 재단 등의 민간재단, KOICA나 USAID 같은 양자기관, 굿네이버스 같은 국제개발 NGO, 다국적 제약회사, 대학과 국제보건 연구소, Lancet 같은 국제보건 관련 학술지, 각 국가의 보건부와 보건관련 정부기관, 지역에서 직접 서비스를 제공하는 풀뿌리 NGO, 마을 위원회까지 모두 나열하지 못할 만큼 다양한 주체들이 활동 중이다.

이러한 다양한 주체들의 활동 흐름을 간단히 살펴보면, 일차적으로 각 국가의 보건부와 보건관련 정부기관들은 보건의료 서비스 제공 역할을 한다. 기술적, 재정적으로 부족한 부분은 UN 기구, 국제개발 금융기구, 재원조달 기구, 양자기구들이 채워준다. 부족한 보건의료 서비스 제공능력은 국제개발 NGO, 풀뿌리 NGO, 마을위원회 등이 보완하고, 공공 영역에서 부족한 부분은 민간 의료 시스템이나 다국적 제약회사들의 투자로 보완되기도 한다.

대한민국 국제보건의 주요 주체를 살펴보면, 보건 분야 ODA를 담당하는 정부부처, 한국국제협력단 (Korea International Cooperation Agency, KOICA), 한국수출입은행 (Economic Development Cooperation Fund, EDCF), 한국국제보건의료재단 (Korea Foundation for International Healthcare, KOFIH) 등 정부기구들이 있고, 국제개발 NGO, 보건분야 공공기관과 연구소, 보건관련 대학, 병원, 의료기기나 제약사 등 민간기업이 활동하고 있다.

대한민국의 국제보건 활동을 살펴보면, 재원은 정부재정 (세금), 민간단체의 기부금, 기업의 사회공헌 활동이 대부분을 차지한다. 이러한 재원을 바탕으로 정부기구, NGO, 기업에서 국제보건 프로그램을 구성하면 국제개발 NGO, 보건 분야 공공기관과 연구소, 보건관련 대학 또는 병원이 프로그램 시행자로서 활동하거나 소속 전문가들을 참여시켜 프로그램을 운영한다.

대한민국에서 국제보건 프로그램을 실행하는 것은 쉽지 않다. 실행이 어려운 주된 이유는 전문기관이 부족하기 때문이다. 국제보건 실행을 전문적으로 하는 기관은 경험 있는 현장조직을 가지고 있어야 한다. 하지만 실행 기관이 현장조직을 상시적으로 운영할 만큼 대한민국 국제보건 시장이 크지 않다. 그래서 한시적으로 프로젝트 별 현장조직이 구성되었다가 프로젝트 종료와 함께 사라진다. 이렇게 현장조직이 사라지면서 축적된 경험도 함께 사라진다. 국내 실행기관에 현장조직이 없는 경우, 국제기구나 국제 NGO가 국내 실행기관을 대신해서 현장을

맡기도 한다. 하지만 이런 경우에 국내 실행기관은 경험을 축적하지 못하고 전문성 부족의 악순환을 반복하게 된다. 또한 국제보건 실행을 전문적으로 하는 기관은 국제보건 전문가를 상시 보유하고 있어야 한다. 전문가 고용이 상시적으로 유지되려면 일정량 이상의 국제보건 프로그램이 운영되어야 하는데 대한민국 국제보건 시장은 크지 않아서 상시적 고용이 어렵고 이들 또한 프로젝트 별로 단기 고용되는 것이 현실이다. 대안은 국내에서 특정 분야 전문성과 전문가를 이미 갖추고 있는 보건의료 공공기관이 국제보건 프로그램을 실행하도록 하는 것이다. 하지만 국내 공공기관이 국제보건 기여 의지를 가져야 할 뿐만 아니라, 국내에서 활용 가능한 기술과 지식을 다른 환경에 적용할 수 있도록 변환하고 공부하는 과정을 거쳐야 하는 어려움이 있다. 가장 바람직한 해결책은 일본처럼 국제보건을 전문적으로 실행할 수 있는 컨설팅 회사가 국제보건 전문가를 안정적으로 고용해서 프로그램을 실행하는 것이다. 하지만 앞서 언급한 것처럼 국내 국제보건 시장이 작기 때문에 컨설팅 회사 형성은 요원해 보인다.

국제보건 실행의 또 다른 어려움은 국제보건 전문가의 부족이다. 누가 국제보건 전문가인가에 대한 합의는 아직 없지만, 전문가는 크게 두 부류로 나눌 수 있다. 한 부류는 보건의료 전문성을 가지고 국제적으로도 활용할 수 있는 경험과 역량을 갖춘 이들이다. 또 다른 부류의 전문가는 국제보건 자체에 대한 전문가로 국제보건의 철학, 역사, 개발협력의 조화, 프로그램 디자인, 기금 조성 및 운영, 효과성 제고, 지역에 대한 이해 등의 전문성을 바탕으로 국내 보건의료 전문가들의 전문성이 국제적으로 활용 가능하도록 변환하고 조정할 수 있는 능력을 갖춘 이들이다. 첫 번째 부류의 전문가들은 대학, 공공기관, 병원 등에 근무하고 있으나, 기술과 지식을 국제적으로 활용하는 것이 주업이 아니기에 국제보건은 부수적인 일이 될 수밖에 없다. 두 번째 부류의 전문가들은 국내에서 국제보건을 경험할 수 있는 기회가 적기 때문에 대한민국에서 양성되는 것이 쉽지 않다. 또한 얼마 되지 않은 기회를 통해서 양성되더라도 상시적인 일자리가 없어서 국제보건 전문가로 생계를 유지하기 어렵다. 국제보건 프로그램을 위해서는 두 부류의 전문가들이 모두 필요하나 어느 한 부류의 전문가도 유지되기 어려운 실정이다.

대한민국 국제보건 재원의 많은 부분을 차지하는 것은 정부의 ODA 예산이다. 정부의 보건 분야 ODA 예산은 기획재정부 산하 EDCF, 외교부 산하 KOICA, 보건복지부 산하 KOFIH로 분산되어 집행된다.⁷⁾ 분절화된 ODA 집행 구조 때문에 중복에 의한 낭비, 전략적이지 못한 프로그램 집행 등으로 인한 효율성 저하 같은 문제점이 제기되어 왔다. 하지만 정부의 ODA 최고 결정기관인 국제개발협력위원회는 해결책으로 ODA 기관들의 통합이 아닌 ODA 기관 간 소통과 조정만을 유도하고 있어 분절화 문제는 지금도 지속되고 있다. 국제보건의 효율적인

7) 지방자치단체 등을 포함하면 더 많은 기관이 보건 분야 ODA 예산을 사용한다.



실행을 위해서는 통합된 국제개발 협력청 또는 부처가 필요하며, 국제보건 전문기관과 국제보건 전문가 양성을 위한 특별한 노력이 필요하다.

2.7. 국제보건의 성과관리와 평가

모든 행위에는 책임이 뒤따른다. 그리고 권한이 위임된 경우, 권한을 부여 받은 자가 권한을 위임한 자에게 책임을 진다. 국제보건이라는 행위에 대해서 누구에게 책임을 져야할까? 국제보건이라는 행위는 누구에게 권한을 위임받은 것일까? 질문해보면 책임질 대상도 명확해진다. 첫째는 재원기부자이다. 공무원은 세금을 낸 국민에게 책임을 지고, 시민단체는 기부를 한 회원에게 책임을 져야 한다. 대한민국에서 국제보건 활동을 한다는 것은 본인이 자비로 활동하지 않는 한, 대한민국 국민의 세금, 시민단체회원들의 기부금, 기업체의 후원금을 활용하는 것이므로 국제보건 활동은 권한을 위임한 자에게 그 결과를 알려야할 뿐 아니라 결과 자체에도 책임을 져야 한다. 둘째는 건강권의 주체인 ‘또 다른 우리’이다. 국제보건 활동은 경계를 넘어서, ‘우리’의 건강 문제뿐 아니라 ‘또 다른 우리’의 건강 문제에 적극적으로 책임을 지려는 행위이다. ‘우리’가 책임지고자 하는 건강권의 담지자는 ‘또 다른 우리’이다. 그러므로 건강권을 가지고 있는 ‘또 다른 우리’에게도 책임을 져야 한다. 셋째는 국제보건을 하는 우리 스스로이다. 스스로 의무를 부여한 국제보건 전문가는 본인에게 책임을 져야 한다. 국제보건을 행하는 우리 자신은 국제보건을 더 잘 할 수 있도록 스스로 역량을 개발할 책임이 있다. 우리 자신이 더 발전하지 않으면서 국제보건을 계속하려는 행위는 우리 자신뿐 아니라 미래의 권한 부여자, 건강권을 보유한 ‘또 다른 우리’에 대한 책임을 방기하는 것이다. 국제보건 프로그램을 실행했지만 실패했거나, 예상하지 못했던 해를 끼쳤을 경우엔 이에 대해서 재정기여자, 프로그램 대상자 그리고 우리 자신에게도 그 결과에 대해서 설명하고 최소한 다음엔 더 잘 하겠다는 다짐이라도 밝혀야 한다.

책임을 지기 위해서는 국제보건 활동이 예상한 결과를 가져왔는지, 예상하지 못한 해를 끼치지지는 않았는지 평가가 필요하다. 그리고 평가를 위해서 국제보건 활동이 어떠한 변화를 가져올 것인지 논리모형을 사용하여 예측하고, 실제로 그러한 성과를 가져왔는지에 대해서 측정 가능한 장치를 만들고, 무엇이 성공이고 무엇이 실패인지에 대한 기준을 세워 놓아야 한다. 국제보건 사업을 평가하지 않고서는 어떠한 성과를 가져왔는지, 혹시나 해를 끼치지지는 않았는지 알 수가 없기 때문에 책임을 질 수도, 책임을 물을 수도 없다. 국제보건 프로그램에서 평가는 책임지기 위한 최소한의 행위이자 필수적 장치로 OECD DAC는 국제개발 프로그램의 평가를 위해서 적절성, 효과성, 효율성, 지속가능성, 파급효과의 다섯 가지 기준을 제시했다. 변화의 의도는 적절했는지, 성과를 가져왔는지, 성과를 가져오기 위한 수단은 효율적이었는지, 성과는

지속가능한지, 그로 인한 외부효과는 어떠했는지 살펴봐야 한다는 것이다.

평가만으로 모든 책임을 지는 것은 불가능하다. 열심히 했는데 상황이 어려워서 어쩔 수 없이 실패했다거나, 몰라서 해를 끼쳤다는 것은 변명일 수밖에 없다. 적어도 실패 위험을 최소한으로 줄이고 해를 끼칠 수 있는 여지를 없애기 위해 최선을 다하는 과정이라도 있어야 한다. 이것이 바로 성과관리이다. 성과관리의 첫 번째 단계이자 가장 중요한 단계는 성과를 정의하는 것이다. 정의된 성과는 정량적 또는 정성적으로 측정할 수 있어야 하며, 프로그램 도중에도 중간 단계 성과들을 통해서 최종 성과를 달성할 수 있을지 없을지에 대해서 모니터링이 가능해야 한다. 만약 최종 성과를 달성할 수 없을 것 같으면 이에 대한 대책을 수립하고 계획을 수정 보완해야 한다. 이러한 전반적인 과정이 성과관리이다. 이러한 과정이 없으면 열심히 했는데 막상 최종 결과물을 보니 실패했다거나 오히려 해를 끼치는 경우가 더욱 늘어날 수밖에 없다. 그리고 이런 경우에 우리는 책임을 다했다고 말할 수 없다.

국제보건을 하는 우리의 책임은 프로그램을 운영하여 성과를 만들어 내는 것에서 끝나는 것이 아니다. 평가와 성과관리를 통해 수집된 자료와 결과를 기록하고 공유하고 스스로 공부하는 것까지 이르러야 한다. 공유하는 대상은 재정공여자뿐만 아니라 건강권을 가진 ‘또 다른 우리’를 당연히 포함한다. 또한 수집된 자료와 결과물은 우리 자신과 국제보건을 함께 하는 동료들이 발전할 수 있도록 과학적 언어로 공유되어야 한다.

대한민국의 국제보건에서 평가와 성과관리는 점차 그 중요성을 더해가고 있다. 하지만 여전히 평가와 성과관리는 프로그램과 무관한, 논문을 쓰기 위한 부가적 일이라는 인식도 존재한다. ODA 특별 감사나 신문 기사를 통해서, 국제보건 활동으로 지원한 병원이 운영되지 않고 있다거나, 모자보건 사업을 했지만 실질적 성과가 없었다거나, 심지어 성과 여부에 대한 기록조차 없다거나, 국제적으로 타당성이 부족한 국제보건 활동을 한다는 비판이 제기되어도, 그 누구도 책임을 지지 않고, 누구에게도 책임을 지지 않는다. 국제보건은 세계시민으로서 건강불평등을 감소시키기 위해 우리 스스로 부여받은 활동이다. 얼마나 건강불평등이 감소되었는지, 건강권은 얼마나 더 증진되었는지, 돈은 효율적으로 사용되었는지, 만약 프로그램이 실패했다면 왜 실패했고 실패하지 않거나 해를 끼치지 않기 위해서는 어떻게 해야 하는지에 대해 설명하고 그 결과에 대해서 책임져야 한다. 그렇지 않다면, 우리는 스스로 부여한 세계시민으로서의 의무를 이행하는 것이 아니라 우리의 유희를 위해서 특권처럼 국제보건을 이용하는 것일 뿐이다.

2.8. 국제보건의 교육과 일자리

대한민국이라는 나라가 국제사회의 일원으로서 활동하고, 우리가 세계시민으로서 책임과 권리를 인식하고 있다면 우리는 국제적인 건강불평등 문제에 직면할 수밖에 없고 이에 대한 공감과 책임감을 느끼게 된다. 아울러 교통, 통신, 광장, 시장의 발달로 국경이 더욱 희미해지는 세계화 시대를 살아가면서, 글로벌한 시각으로 보지 않으면 우리가 직면한 문제의 원인과 영향을 분석하고 미래를 설계하는데 제한적일 수밖에 없다. 이것이 우리가 국제보건을 더 열심히 해야 하는 이유이다. 그리고 국제보건을 더 잘하기 위해서는 국제보건 인재를 양성하는 것이 필요하다.

영국 사람이 보건 문제를 이야기할 때, 영국 국내 문제뿐 아니라 아프리카의 보건문제를 가리킬 때가 많다. 영국의 보건의료계열 학생이나 학자들은 아프리카의 건강불평등 문제에 적극적으로 공감하고 내가 해결해야 할 문제라고 생각한다. 이러한 배경에는 영국이 개발협력부(Department for International Development, DFID)를 통해서 아프리카의 보건문제에 많은 영향력을 행사하기 때문이기도 하지만, 영국의 대학들에서 보건의료계열 교과과정에 국제보건을 포함해서 가르치고 있기 때문이기도 하다. 국제보건 활동이 활발하니 대학에서 필요한 내용을 가르치고, 실제로 이러한 인식을 갖도록 대학에서 가르치니 더 많은 국제보건 활동을 하게 되는 선순환 구조를 갖추고 있다.

영국의 국제보건 교과과정은 일반적인 보건의료 교육과정에 통합되어 있다. 개별 보건의료 이슈를 다룰 때에도 영국의 사례뿐 아니라 자원이 제한된 아프리카 저소득국가나 중저소득국가 사례를 활용한다. 개별 보건 이슈를 국내 상황이 아닌 국제적 상황에서도 적용하는 방식이다. 예를 들면 영국 모성사망 원인을 분석하면서 아프리카의 그것을 함께 보여주고 그 차이를 인식하게 만든다. 이 때 강조하는 것은 인류학적, 철학적 접근이다. 역사적으로 그러한 보건 이슈가 왜 문제가 되었는지, 특정한 사회적·역사적·정치적 환경에서 왜 그러한 보건 문제가 발생할 수밖에 없었는지, 이를 개선하려면 특정한 환경에서 어떻게 접근해야 하는지, 우리를 넘어선 또 다른 우리의 문제를 해결하고자 하는 것이 올바른 것인지를 고민할 수 있게 해 준다[27]. 또한 국제보건 전문가를 양성하기 위한 체계화된 과정도 존재한다. 영국이나 미국의 보건대학원에는 국제보건이라는 별도의 과정이 있고 저소득국가나 중저소득국의 보건 현황, 보건시스템, 보건프로그램 관리와 평가를 중점적으로 공부하고 연구하는 과정을 운영하고 있다.

안정적인 국제보건 활동을 위해서는 보건의료계열 학생들이 국제보건에 대한 인식을 넓힐 수 있는 교육을 제공해야 한다. 미래에 본인들의 활동 영역이 국내뿐 아니라 지구촌 구석구석이 될 수 있음을 인지해야 전 세계적 건강불평등 문제에도 공감하고 책임감을 느낄 수 있다. 최근 국제보건 강의를 시작하는 대학들이 생겨나기 시작했지만, 보건의료계열 대학 학부과정에 국제보건이라는 이름의 정식강의가 개설된 곳은 드물다. 특강 형식으로 학부 또는 대학원 과정에서 비정기적 교육이 이루어지고 있다. 그럼에도 보건의료계열 학생들의 국제보건에 대한 관심은 뜨거워서, 스스로 스터디 모임을 만들고 학습을 해나가고 있다. 이제는 보건의료 계열 대학들도 학생들의 관심에 부응하고, 또 학생들의 활동 영역이 국내뿐 아니라 전 세계 어느 곳이 될 수도 있음을 인정하고 국제보건에 대한 교육을 체계적으로 시작해야 한다.

이와 더불어 국제보건 영역에서 더 전문적으로 활동하고자 하는 사람들을 위해 단기 국제보건 전문가 과정과 중장기 석·박사 과정이 자리 잡아야 한다. 현재 국제보건 전문가를 양성하기 위해서 연세대학교 보건대학원이 국제보건 석·박사 과정을 운영 중이고, 보건의료인력교육개발원에서는 보건의료인력을 대상으로 단기 국제보건 전문가 과정을 열고 있다. 그 외 많은 기관들이 비정기적인 국제보건세미나, 컨퍼런스, 단기 교육 과정을 개설해서 운영하고 있다. 국제보건 활동이 활발히 이뤄지기 위해서는 실무자를 위한 단기 과정이 체계적이고 정기적으로 운영되어야 할 뿐 아니라, 대학이 국제보건 프로그램에 참여하고 프로그램의 운영에 석·박사 과정 학생들이 참여해서 국제보건 경험을 쌓아 전문가로 성장할 수 있도록 시스템이 구성되어야 한다.

국제보건 활동을 위해서 교육 기회를 확대하고 인재를 양성하는 것도 중요하지만 더 중요한 것은 안정적 일자리를 확보해서 국제보건 활동을 할 수 있도록 기회를 주는 것이다. 현재 국제보건 활동을 할 수 있는 안정적인 일자리는 많지 않다. 크게 보면 보건관련 국제기구, 국내 개발협력 또는 국제보건 관련 정부기관, 개발협력 NGO, 대학 및 연구소 등이 국제보건 관련 일터라고 할 수 있다. 대부분은 국제기구 인턴, 국제보건 프로그램을 수행하는 대학이나 NGO의 프로그램 보조 인력으로 초기 경력을 시작한다. 2-3년 정도의 실무 경력을 갖추고 국제보건 활동을 계속하고자 하는 인력은 국제보건 전공으로 유학을 하거나 국내 보건대학원에 진학하여 추가적인 공부를 하고 현장 경험을 쌓는다. 하지만 실무경험을 하고 국제보건 석사 이상의 공부까지 한 인력에게 안정적인 국제보건 활동의 기회를 제공하는 국내 일자리는 거의 없는 것이 현실이다. 국내에서 국제보건을 기획, 수행, 평가하는 모든 기관들이 국제보건 전문가가 없다고 한탄하지만 국제보건 전문가를 위해 일자리를 만드는 곳은 드물다. 국제보건 관련 일자리가 있더라도 2-3년 정도 기간이 정해진 현장 관리자 역할, 혹은 단기 계약직 형태의 고용이



대부분이다. 이런 상황에서 국제보건에 뜻을 둔 전문가들도 안정적인 생활이 불가능하여 본업을 별도로 갖고 파트타임 형식으로 국제보건 활동을 하거나 생계를 이유로 활동을 포기하기도 한다. 그래서 대학 또는 기관에서 안정적인 일자리를 가진 사람만이 일부 시간을 내서 국제보건 활동을 할 수 있는 역설적인 상황이 초래되었다.

국제보건 활동을 우리가 해야 하는가? 정말 필요한가? 앞으로도 계속 할 것인가? 이러한 질문들에 긍정적인 대답을 한다면 국제보건 인재 양성과 안정적 일자리 제공에 더 많은 관심을 기울여야 한다. 그렇지 않으면 국제보건 전문가가 없다는 한탄은 계속될 수밖에 없고, 전문가가 없어서 국제보건의 양적, 질적 수준은 저하될 수밖에 없다.

2.9. 국제보건 연구

국제개발을 하나의 학문체계로 보기 어렵듯 국제보건도 완결된 하나의 학문체계로 보기는 어렵다. 하지만 미국이나 영국에서는 국제보건(Global health)이라는 이름으로 보건대학원이나 국제대학원을 중심으로 연구가 이루어지고 있다. 무엇이 국제보건 연구인지 명확하게 구분하는 것은 어렵다. 하지만 국제보건의 개념을 고려했을 때, 국가라는 경계를 넘어 건강불평등을 개선하고자 하는 활동을 모두 국제보건의 주제라고 보는 것이 타당하다. 이러한 맥락에서 국제보건 연구는 크게 두 가지로 나뉘볼 수 있다. 하나는 국제보건 자체에 대한 연구이고 또 하나는 국경을 넘어선 건강불평등이나 이를 해결하기 위한 국제보건 프로그램에 대한 연구이다. 국제보건 자체에 대한 연구는 국제보건의 무엇인지, 왜 필요한지, 어떻게 해야 하는지, 무엇을 해야 하는지, 어떻게 국경을 넘어선 다른 주체들과 연대하고 협력해야 하는지, 어떠한 보건 시스템이 특정한 환경에서 더 적합한지, 그리고 우리는 국제적 건강불평등 문제를 어떻게 바라보아야 하고, 어떻게 대응해야 하는지를 고민하고 연구하는 것이다. 또 다른 한 가지는 국경을 넘어선 건강불평등이나 이러한 건강불평등을 해결하기 위한 국제보건 프로그램을 연구하는 것으로 특정 지역의 건강불평등 현황, 불평등의 원인, 불평등을 해결하기 위한 프로그램 디자인, 프로그램의 효과성 또는 효율성 연구를 들 수 있다.

국제보건의 윤리적 측면을 고려했을 때 생성된 모든 자료는 공유되어야 하며, 이는 과학적이고 객관적으로 분석되어 검증된 자료인 것이 바람직하다. 하지만 국제보건 활동과 그로 인해 생성되는 자료의 양에 비하면 국제보건 프로그램에 대한 연구의 양과 질은 여전히 부족하다. 최근 국제보건 프로그램의 과학적 평가에 대한 논의가 진전되면서 국제보건 연구에 대한 인식이 개선되고는 있지만, 국제보건 연구가 프로그램 실행에 방해가 된다는 인식은 여전히 있다. 박명배 등의 연구에 따르면 한국에서 국제보건 자체에 대한 연구논문은 매년 2~3편씩 발표되고 있으나, 국제보건 프로그램에 대한 연구 논문은 드물다. 그러나 국제보건을 수행하는 정부기관, 개발 NGO, 프로그램을 실행하고 평가하는 대학과 연구자들을 중심으로 국제보건 프로그램에 대한 연구가 늘어나는 추세이다[28]. KOICA의 수단 주혈흡충 프로그램, 에티오피아 가족계획 프로그램, 가나 식수 프로그램의 기초선 조사, 프로그램 디자인, 프로그램 평가를 바탕으로 11편의 연구논문이 발간되었다. 이같이 정부기관의 국제보건 프로그램을 통해 생성된 자료를 바탕으로 정부기관, 대학, 개발 NGO의 구성원들이 공동 작성하는 논문들이 증가하고 있다. 특히 국제보건 프로그램의 평가를 위해서 무작위 실험연구 등 다양한 방법이 도입되는

것은 고무적이다.

양질의 국제보건 프로그램 연구가 진행되기 위해서는 프로그램 디자인 시기에 연구계획도 함께 수립되어 자료 수집 단계부터 체계적이고 과학적인 접근이 이루어져야 한다. 프로그램 실행자뿐 아니라 연구 역량이 있는 전문가가 프로그램에 참여하여 자료를 가공하고 공유할 수 있도록 제도화하는 것이 필요하다. 또한 정부기관 또는 국제보건 활동을 수행하는 기관에서 생성된 자료들을 대학이나 학자들이 연구할 수 있도록 적극적으로 공유해서 연구활동을 장려해야 한다. 그리고 이러한 연구결과와 성과들이 정책, 제도, 프로그램 실행, 평가에 반영되어 더 나은 국제보건 활동을 할 수 있는 여건이 되도록 시스템화해야 한다.

국제보건 프로그램 연구도 중요하지만 더 시급한 것은 국제보건 자체에 대한 연구이다. 아직 대한민국은 국제보건의 무엇인지에 대한 합의를 이루지 못하고 있으며, 그로 인해 갈등이 발생하기도 한다. 그리고 국제보건의 왜 필요한지, 어떻게 해야 하는지, 수많은 국제보건 참여자들과 어떻게 연대할 것인지, 국제적인 건강불평등 문제를 어떻게 바라볼 것인지에 대한 고민과 연구가 부족한 채로 국제보건 활동을 해 나가고 있다. 국제보건 활동에서 중요한 것은 양, 질, 속도보다 어디로 가고 있는지에 대한 방향성이라 할 수 있다. 이러한 논의와 연구가 부족한 채로 국제보건 활동을 하는 것은, 어디로 가는지도 모른 채 열심히 달리기만 하는 것과 다름없다.

3. 맺음말

지금까지 국제보건의 개념을 살펴보고, 철학적 배경, 원칙과 가치, 목표를 논의해 보았다. 국제보건은 경계를 넘어서 건강형평성을 제고하고자 하는 행위이고, 우리는 세계시민으로서 건강권을 보장하고 최대한의 공리를 추구하며 평등한 건강을 이루고자 국제보건을 하고 있다. 국제보건을 할 때에는 자율성 존중, 악행 금지, 선행, 정의의 원칙이 지켜져야 하며, 국제보건의 추구해야할 가치로 인간의 존엄성과 자유를 제안하였다. 국제보건의 목표로 SDGs 보건 분야 목표를 살펴보고 우리가 SDGs를 어떻게 활용할 것인지 논의해 보았다. SDGs 시대의 국제보건 전략으로써 보편적 건강보장의 방향성과 우선순위에 대해서 알아보았고, 국제보건에 대한 전략 부재로 인해 국제보건의 정치적·외교적·상업적 수단으로 소비되는 상황을 점검해 보았다. 현재 대한민국의 국제보건은 전문기관과 전문가가 부족하여 실행하기 힘들며, 분절화로 인해서 효율성이 떨어진다. 하지만 국제보건 전문기관과 전문가의 양성은 교육의 부족, 일자리의 부족, 국제보건 시장의 부족 때문에 단기간에 해결되기는 어려울 것으로 보인다. 또한 국제보건 활동이 실패하거나 해를 끼치더라도 누구도, 누구에게도 책임을 지지 않는 구조적 문제가 존재하지만, 최근 국제보건 프로그램의 평가와 성과관리가 중요해지면서 책무성의 발판이 마련되었다는 점도 지적했다. 이러한 성과관리와 평가의 영향으로 국제보건에 대한 연구가 늘어나고 있지만 아직은 부족한 상황으로 더 많은 노력이 필요하다.

우리는 국제보건을 ‘왜’ 하는지에 대한 철학적 논의를 심화하고, 국제보건의 원칙과 가치를 정립해야 한다. 국제사회가 추구하는 국제보건의 목표를 바탕으로 우리의 국제보건 목표를 수립하고, 그 목표를 달성하기 위한 전략과 계획을 수립하여 더 이상 국제보건의 정치적·외교적·상업적 목적으로 소비되는 일이 없도록 해야 한다. 학생들에게는 국내뿐 아니라 경계 너머의 건강문제에도 관심을 가질 수 있도록 국제보건 교육을 제공해야 하고, 향후에 이들이 활동해야 할 무대가 국내뿐 아니라 지구촌 곳곳임을 깨달을 수 있도록 해야 한다. 지속가능한 국제보건 활동을 위해서는 국제보건 전문집단과 전문가가 양성되고 일할 수 있도록 교육을 제공하고, 일자리를 만들고, 시장의 규모를 늘릴 방안을 마련해야 한다. 이제는 국제보건 프로그램의 평가와 성과관리를 강화하고 그 결과를 적극적으로 공유하고 결과에 대해서 책임을 져야 한다. 국제보건을 더 잘 하기 위해서 국제보건 연구를 장려해야 하고, 국제보건 프로그램의 자료와 경험을 과학적인 언어로 동료들과 공유하여야 한다.



우리는 국제보건에 대해서 더 많은 질문을 해야 한다.

국제보건에서 ‘우리’의 범위는 어디까지 확장할 수 있을 것인가? 그 대상을 동물, 식물, 무생물까지 확장할 수 있을까? 범위는 지구를 넘어 태양계와 우주까지 확장할 수 있을 것인가? 국제 보건을 위해서 누구와 어떻게 연대할 것인가? 경계를 넘어서 건강불평등 개선을 위해 우리가 가지고 있는 국제보건 역량은 무엇인가? 건강할 기회만 평등하면 건강의 결과는 어느 정도 불평등해도 인정할 수 있는 것일까? 다양한 사람들의 건강이 똑같이 좋다면 진정 평등하다고 할 수 있을까? 결국은 모두가 죽을 텐데 불평등한 건강 결과를 개선하기 위해서 인위적 노력을 기울여야 하는 이유는 무엇인가? 건강형평성을 제고하기 위해서 건강 수준을 하향 평준화하는 것이 건강 수준의 양극화보다 나은 것인가?

올바른 질문이 올바른 대답보다 더 중요하다. 이제 더 많이 묻고 논의해야 할 때이다.

§ 참고문헌

1. WHO, Constitution of the world health organization, (1995).
2. Nyaaba GN, Stronks K, Aikins Ad-G, Kengne AP, Agyemang C. Tracing Africa's progress towards implementing the Non-Communicable Diseases Global action plan 2013 - 2020: a synthesis of WHO country profile reports. BMC Public Health. 2017;17(1):297.
3. 국제보건의료학회 홈페이지. Available from: <http://globalhealthkorea.co.kr/page/history.php>.
4. Brown TM, Cueto M, Fee E. The World Health Organization and the transition from “international” to “global” public health. American journal of public health. 2006;96(1):62-72.
5. Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, Sewankambo NK, et al. Towards a common definition of global health. The Lancet. 2009;373(9679):1993-5.
6. 김창엽. 대한민국의 국제개발협력과 국제보건. 대한민국 정책학회 추계 학술대회2014.
7. Locke J, Hume D, Rousseau J-J. Social contract: essays by Locke, Hume, and Rousseau: Oxford University Press; 1960.
8. Sen A. Development as freedom: Oxford Paperbacks; 2001.
9. Assembly UG. Universal declaration of human rights. UN General Assembly. 1948.
10. Assembly UG. International covenant on economic, social and cultural rights. New York, NY: UN General Assembly. 1966.
11. 김동진, 이소영, 기명, 김명희, 김승섭, 김유미, et al. 대한민국의 건강불평등 지표와 정책과제. 대한민국보건사회연구원; 2013.
12. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A-B, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. The Lancet. 2016;387(10017):462-74.
13. Rawls J. A theory of justice. 1971.
14. Kant I. Fundamental principles of the metaphysics of morals: Courier Corporation; 2012.
15. 국제개발협력기본법 2013. Available from: <http://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?lsiSeq=142005#0000>.
16. 박근혜표 개발원조'코리아에이드', 대한민국을 웃음거리로 만들었다”. Available from: <http://www.rapportian.com/news/articleView.html?idxno=100765>.
17. United Nations Educational S, Organization C. Universal declaration on bioethics and human rights. Unesco Paris; 2005.

18. McLennan S. Medical voluntourism in Honduras: 'Helping' the poor? *Progress in Development Studies*. 2014;14(2):163-79.
19. 오충현. 건강한 삶의 보장과 모든 세대에 복지 증진. 대한민국국제협력단, 2015.
20. 남은우 오충현. SDGs 시대의 보건분야ODA 방향 교보문고 퍼플: 연세대 빈곤문제국제개발연구원, 2016.
21. Making fair choices on the path to universal health coverage: Final report of the WHO consultative group on equity and universal health coverage: World Health Organization; 2014.
22. IHME. Financing Global Health 2015: Development assistance steady on the path to new Global Goals. . Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). , 2016.
23. 박수영, 오수현. 제3차 개발재원총회와 아디스아바바 행동계획의 합의 분석. 2015.
24. Claeson M. The Global Financing Facility—towards a new way of financing for development. *The Lancet*. 2017;389(10079):1588-92
25. Desalegn H, Solberg E, Kim JY. The Global Financing Facility: country investments for every woman, adolescent, and child. *The Lancet*. 2015;386(9989):105-6.
26. 대한민국국제협력단, 심의섭, 김호균, 최영로. 대한민국의 슈바이처들: 휴먼드림; 2011.
27. Johnson O, Bailey SL, Willott C, Crocker-Buque T, Jessop V, Birch M, et al. Global health learning outcomes for medical students in the UK. *The Lancet*. 2012;379(9831):2033-5.
28. 박명배, 신정우, 남은우. 대한민국의 국제개발협력 연구 동향 분석: 보건 분야의 시각에서 (2000-2014). *대한보건연구(구 대한보건협회학술지)*. 2014;40(4):89-105.

시민건강이슈 2017-06



주소 : 서울시 동작구 사당로 13길 36, 2층

전화 : 02-535-1848 / Fax : 02-581-0339

홈페이지 : <http://health.re.kr> / 전자우편 : phikorea@gmail.com

후원계좌 : 하나은행 199-910004-60804 (사)시민건강증진연구소

시민건강이슈는 시민건강증진연구소의 상근연구원 뿐 아니라 회원/비회원도 필자로 참여할 수 있습니다.
제기하고 싶은 주장, 함께 대안을 모색하고 싶은 문제가 있으면, 논점을 정리하여 제안해 주시기 바랍니다.