

사회진보연대

보건의료팀, 2010

해외 보건의료운동의 사례: 사회과학을 중심으로

<차례>

I. 라틴아메리카 사회과학

BOX

<루돌프 비르호와 사회과학의 태동>

<1930년대 칠레 사회과학의 “황금시대”와 아옌더>

<라틴아메리카 사회과학 협회(ALAMES)>

<베네수엘라의 ‘바리오 아덴트로(Misión Barrio Adentro)’>

<남아프리카 지역사회의료의 사례>

II. 민중건강운동(PHM: People's Health Movement)

해외 보건의료운동의 사례 :사회의학을 중심으로

1. 라틴아메리카 사회의학

라틴아메리카 사회의학(LASM: Latin American Social Medicine)의 기원은 19세기 중반 유럽에서 출현했던 사회의학에서 찾을 수 있다. 당시 유럽에서는 콜레라, 황열, 페스트라는 세 가지 주요한 질병이 사람들을 괴롭혔는데 이 질병의 발생 원인에 대해서 침예한 대립이 있었다. 사람 사이의 접촉에 의해 질병이 전파된다는 견해와 영양상태, 주거환경, 상하수도시설, 작업장의 환경 등 환경적 요인으로 인해 질병이 발생한다는 견해가 그것인데, 전자는 현대의학의 생의학적 모델을, 후자는 사회의학이라는 전통을 형성한다. 유럽에서 사회의학의 전통은 1848년 독일혁명을 비롯한 정치적 과정과 밀접한 관계를 맺었으며 사회운동과 병행하여 발전하게 된다. 초창기 유럽 사회의학을 대표하는 인물이 세포병리학의 창시자인 루돌프 비르효이다.

<루돌프 비르효와 사회의학의 태동>

1847~1848년 겨울에 북부 실레시아 지방에서 발진티푸스 유행병이 발생하였다. 유행병은 기근과 때를 같이하여 악화되었는데, 사회적 혼란을 두려워한 독일정부는 전문가를 선임하여 대책을 포함한 보고서를 제출하도록 하였다. 이 임무를 맡은 것이 병리학자이자 의사인 비르효였다. 비르효는 질병의 기원은 세균에 있지만 질병의 확산과 개인의 감수성은 주거, 작업환경, 식생활, 공중위생과 같은 사회적 요인들에 의해 결정된다는 것을 강조하며 이를 '인위적 질병'으로 명명하였다.

인위적 질병은 ... 사회에 책임이 있으며, 그릇된 문명으로 인한 것이거나 혹은 특정한 계급만이 문명의 혜택을 누리므로써 발생하는 것이다. 인위적 유행병은 정치적이고 사회적인 구성에 의해 발생한 결함을 나타내는 표지자이며, 문명의 혜택을 받지 못하는 계급에게 주로 영향을 미친다. (G. Rosen, Medical Police to Social Medicine [New York: Science History Publication, 1974])

그는 동료 지지자들과 함께 바리케이드에 합세하였고, 정치집회에서 연설하였으며, 민주의회의 일원으로 활동하는 등 1848년 혁명에 동참하였다. 이후 그는 “의료는 사회과학이고, 정치의 넓은 의미에서의 의료에 다름 아니다”는 입장을 확고히 하였으며 1848년 7월 10일 주간지 『의학개혁(Medical Riform)』을 창간하고 공동편집자로 활동하였다.

저는 가끔 사람들을 잘못 보아왔습니다. 하지만 지금은 그때와 같지는 않습니다. 저는 이제 한쪽에 치우치지 않고 전체를 볼 줄 아는 인간이 되었고 저의 의학적 신념은 정치적·사회적 신념과 합쳐졌습니다.(1848년 5월 1일 아버지에게 보내는 편지 중)

‘의학개혁’은, 구정치제도들이 완전히 전복되지는 않았지만 모든 방면에 대한 계획이 세워지고 새로운 정치구조로의 발돋움의 시작될 때 이루어진다. 따라서 과거의 잔재를 청산하고 새로운 제도를 구축하는 데 참여하는 것은 다른 어떤 일보다 더 당연하고 자연스러운 일이 될 것이다. 현재 유럽의 사상적 풍토에 휘둘러지고 있는, 국가의 모든 요소들을 그 토대까지 뒤흔들고 있는, 모질고 강한 정치적인 폭풍은 생명에 대한 기존의 개념들을 근본적으로 변화시킬 것을 요구하고 있다. 이러한 상황에서 의학 부문만이 유일하게 방치된 채 남아 있을 수는 없다. 이 분야에서의 근본적인 개혁을 더 이상 미루어서는 안된다.(『의학개혁』 1948년 6월 29일~7월 10일 호의 사설 중)

비르효는 사람들의 건강은 사회와 직접적인 관계가 있는 문제라는 것, 사회경제적인 조건이 건강과 질병에 중대한 영향을 미친다는 것, 사회는 건강을 증진시키고 질병을 퇴치할 수 있는 조치들을 취해야 하며, 그러한 조치와 관련된 수단들은 의학적인 것 뿐만 아니라 사회적이어야 한다는 원칙을 확립하였다.

1848년 혁명의 실패로 인하여 비르효는 『의학개혁』의 발행을 중단해야만 했고 의학개혁운동은 끝을 맺게 되었지만 비르효와 그의 동료들의 업적은 사회의학의 뿌리를 이루어 현재까지 이어져오고 있다.

20세기 초반에 사회의학의 지지자들 상당수가 라틴아메리카로 이주했으며, 이들이 라틴아메리카에서 의과대학에 병리학교실을 설치하고 사회의학 교육과정을 마련하는 데 중요한 역할을 하게 된다. 예를 들어, 독일 병리학자인 막스 베스턴호퍼(Max Westernhofer)는 칠레대학교 의과대학에서 수년간 병리학교실의 책임자로 있으면서 후학들을 양성했는데, 당시 의대 학생운동가였고 이후 병리학자를 거쳐 칠레의 대통령이 된 살바도르 아옌데(Salvados Allende)도 그 학생들 중 한명이었다. 이후 칠레에서 1920~1930년대에 사회의학이 크게 발전하는데, 이를 사회의학의 황금기라고 부른다. 칠레에서는 이 시기 사회의학의 성과가 이후의 정치적 과정에 큰 영향

을 미쳤으며, 라틴아메리카 사회의학 전반은 이 시기의 역사적 전통에 기반하고 있다.

<1930년대 칠레 사회의학의 “황금시대”와 아엔테>

1920~1930년대 칠레에서는 사회의학이 크게 번성하였는데, 이는 부분적으로 노동운동의 요구에 대한 응답이기도 했다. 1918년 일어났던 전국적 파업의 시기에, 북부 사막 지방에서 일하던 초석산업 노동자는 임금 및 수당 인상, 노동조건 개선을 목표로 다른 산업 노동자의 동맹파업을 호소했다. 초석산업 노동자들의 지도자였던 루이 에밀리오 레카바렌(Luis Emilio Recabarren)은 영양실조, 전염병, 조기사망의 파괴적 결과를 강조했고, 이후 3년간 레카바렌과 그의 정치적 동료들은 빈민을 해치는 질병과 사망을 개선시키는 유일한 현실적 방법으로서 경제개혁을 주장하였다.

아엔테는 1920~1930년대를 의대학생, 임상 의사, 병리학자로서 보냈으며 저개발 상황에서의 의료 문제를 설명하는 모델을 정립하였는데, 이 경험은 정치가로서 이후 생애에 많은 영향을 미쳤다.

1936년 아엔테는 새로 구성된 인민전선 정부의 보건부 장관이 되었고, 1939년 그의 저서 『칠레의 의료-사회적 현실』에서 사회 구조와 질병·고통 사이의 관계를 분석했다. 이 책은 질병을 "가난한 사회적 조건이 낳은 결과로서 개인에 대한 침해"라고 정의하였고 질병을 초래하는 "노동계급의 생활조건"을 묘사했는데, 이는 당시 라틴아메리카 상황에서 새로운 경지를 개척하는 것이었다. 그는 또한 건강에 있어서 저개발, 국제적 상호의존의 사회적 조건 그리고 외채와 노동과정의 효과를 강조하였으며, 모성 및 영아 사망, 결핵, 성병 및 기타 전염병, 정신적 문제, 직업병 등을 포함하는 특수한 건강문제에 대해서도 분석하였다. 그는 불법적 낙태의 원인, 치료법의 혁신보다 경제수준 향상으로 결핵이 훨씬 잘 낫는다는 사실, 전염병의 원인으로서는 높은 주거밀도, 제약산업에서 카피 의약품과 오리지널 의약품 가격 책정의 차이 등 예전에는 전혀 연구되지 않던 문제들 또한 분석하였다.

『칠레의 의료-사회적 현실』을 통해 제시된 보건부 장관으로서 아엔테의 제안은, 건강 문제를 해결하는 의료적 접근보다 사회적 접근을 옹호하는 독특한 방향을 지니고 있었다. 아엔테는 소득 재분배, 음식물과 의류 공급에 대한 국가 통제, 국가의 주거프로그램, 직업병 해결을 위한 산업 개혁 등을 제안했으며, 노동생산성 향상의 수단으로 보건의료 서비스 개선을 바라보는 대신, 그 자체로 목적이 되어야 하는 인민의 건강을 중시하였고 의료 영역을 넘어서는 사회적 변화를 옹호하였다.

아엔테는 1950년대 초반 상원의원으로 선출되어 서비스에 대한 보편적 접근을 보장하는 아메리카 대륙 최초의 국가프로그램인 칠레의 국민보건서비스를 창설하는 입법안을 제출하였다. 그는 이 개혁을 발판으로 더욱 공정한 소

득 분배, 고용 안정, 주거와 영양의 개선, 칠레에 대한 다국적기업의 영향력 약화 등을 성취하기 위한 또 다른 시도를 했다. 1960년대에는 상원의원으로서, 1970-1973년 사이에는 대통령으로서, 아옌데는 국민보건서비스와 여타 제도에서도 사회 전반의 변화를 달성하려는 개혁을 꾸준히 추구하였다. 이 기간 동안 칠레의사협회는 그의 정책이 사적 진료 영역에 미치는 영향력을 두려워하여 그를 반대하였으며, 1973년 쿠데타 직전에는 더욱 심했다.

사회의학 그룹은 1970년 아옌데와 인민전선 정부가 승리를 거두었을 때, 초미의 관심을 보였으며, 사회의학 분야에 종사하는 많은 이가 새 정부와 함께 일하고자 칠레로 왔다. 아옌데는 무력보다는 선거를 통한 사회주의로의 평화적 이행을 제안했는데, 그것은 역사상 최초의 평화적 이행인 셈이다. 정부는 단일한 국가보건 프로그램을 추진하였는데, 사적/공적 부문의 공존으로 인한 모순은 점차 줄어들 것으로 예상했다. 그러나 1973년 폭력적인 쿠데타 이후, 인민들 특히 보건의료 노동자에 대한 억압은 유례가 없는 폭력에까지 이르렀다. 결국 사회주의로의 평화적 이행은 실패했고 라틴아메리카 곳곳에서 사회의학을 추구하던 이들에게 상처를 남겼다.

1950~1960년대 들어서 라틴아메리카 여러 국가에서는 무상으로 운영되는 공공대학들이 늘어났고 의학교육이 재구성되었으며, 학생들이 정치활동에 활발하게 개입하기 시작한다. 이들 중 많은 수가 졸업 후에 보건의료분야의 전문가가 되었고, 동시에 정치활동에도 관여하며 라틴아메리카 사회의학의 발전에 기여했다. 1960년대 후반 라틴아메리카에서는 예방적 모델에 기초를 둔 의학 이데올로기가 점점 더 지지를 얻게 되었고, 의학에 대한 사회적 이론이 구체화되기 시작했다. 사회과학의 관점에서 건강을 분석하는 이러한 관점은 의학 학부 과정의 일부로 진전되었고, 이후 여러 국가에서 대학원 과정의 구체적인 사회의학 프로그램으로 발전하였다. 대표적으로 1975년의 멕시코 자치도시 대학(Autonomous Metropolitan University of Mexico) 사회의학 석사과정과 1976년의 리우데자네이루 주립대학(Satate University of Rio de Janeriro) 사회의학 프로그램을 들 수 있다. 라틴아메리카 전체로 퍼져나갔던 이러한 흐름의 결과로 1984년 라틴아메리카 사회의학 협회(ALAMES)가 창립되어 현재까지 활발히 활동하고 있다.

한편, 1990년대 들어서자 1970~1980년대 라틴아메리카에서 강도 높게 진행되었던 신자유주의적 개혁이 실패로 돌아갔음이 명백해졌다. 이는 보건의료분야에서도 마찬가지였는데, 보건의료분야의 신자유주의적 개혁은 기본적으로 세계은행의 주도하에 수행되었다. 개혁은 ①보편성과 포괄성에 중점을 둔 정책들을 없애고 특정 분야에 집중된 프로그램(AIDS 퇴치 프로그램 등과 같은)을 시행하는 것, ②전 국민이 적용받는 보건의료서비스를 축소하고 전국적 시스템과 서비스를 주 혹은 시 수준으로 탈집중화하는 것을 중심으로 수행되었다. 보건의료개혁이 수행된 지 10여년이 흐른 후 일반적인 합의는 개혁이 애초에 해결하려고 했던 문제를 해결하는 데도 실

패했을 뿐 아니라 새로운 문제들(보건국이 통솔력을 잃어버렸고, 인력의 축소와 관리에 있어서 부패의 만연으로 인해 사회보장 프로그램의 재원 마련에 어려움이 생겼고, 보건의료에 있어서 불평등과 파편화를 심화시켰다)까지 야기했다는 것이다. 라틴아메리카 사회의학의 흐름은 이와 같은 신자유주의적 개혁에 대한 이데올로기적 비판을 수행하고 지역적·국가적 수준에서 대안적 실천을 모색하는 데에도 큰 역할을 하고 있는데, ‘바리오 아텐트로’라는 이름으로 베네수엘라에서 진행된 광범위한 보건의료시스템의 개혁이 그 실천의 한 예를 보여준다.

<라틴아메리카 사회의학 협회(ALAMES)>

ALAMES는 1984년에 멕시코, 에콰도르, 브라질의 일단의 선구자들과 전문 저널들의 편집위원들에 의해 시작되었다. 19년간의 활동을 통해서 ALAMES는 라틴아메리카 전역에서 활동하는 조직으로 성장했으며, 스스로를 ‘건강-질병-치유 과정의 역사적이고 사회적인 결정요인에 천착하며 공중보건과 사회의학을 지도하는 사회적, 정치적, 학문적 운동’으로 규정한다.

각 국가의 ALAMES 그룹은 집단건강에 관련한 대학원 단위들(브라질), 보건의료 노동조합들(칠레, 우루과이), 건강 증진에 찬성하여 활동하는 농민 운동 단위들(파라과이), 사회의학 분야의 공중보건학교들 혹은 석사과정들(코스타리카, 멕시코, 페루), 전국적 건강 운동 단체들(콜롬비아), 자생적으로 조직된 단체들(아르헨티나), 학술 운동 단체들(에콰도르) 등으로 다양하게 구성되어 있다. 이들 간의 지역적 다양성과 활동양상의 차이에도 불구하고, ALAMES의 지역중심적 경향과 공존을 지향하는 경향 덕분에 운동의 이념은 유지되고 있다.

1990년대에 라틴아메리카 사회의학의 과학적 이론과 연구가 성장했으며 몇몇 국가들에서는 사회학과 집단건강 분야의 대학원 과정이 결합되었다. 대학원 과정은 사회의학의 관점에서 제기된 인구집단 건강에 관한 몇몇 주제들에 있어서 체계적인 연구를 하는데 많은 공헌을 했다. 또한 이 시기는 세계은행의 권고에 의한 제도 개혁이 수행되었던 것으로 특징지어지는데, 라틴아메리카 사회의학 관련 노동자들과 이론가들은 시작부터 이 개혁에 준엄한 비판을 가했으며, 신자유주의적 보건의료시스템 개혁과정을 탈신비화하는 작업에 힘을 기울였다. 동시에 이들은 활동의 범위를 시민의 건강권의 전면적 보장을 위해 강조되어야 하는 더 다양한 이슈 - 폭력, 젠더, 인적 자원, 공공 정책, 탈중심화, 보건의료시스템 개혁, 세계화, 역학, 환경, 평등, 생명윤리, 사회적 참여, 인종, 문화적 다양성, 인권 - 로 확장했다.

ALAMES는 위와 같은 1990년대 라틴아메리카 사회의학의 학문적·정치적 활동에서 중심적인 역할을 수행했다. 라틴아메리카 사회의학의 구성원들은 여타 운동들 - 청년, 여성, 무주택자, 농민, 원주민의 권리를 위한 운동들, 그리

고 성적 권리, 인간의 권리를 위한 운동들 - 에도 소속되어 활발하게 활동하고 있다. ALAMES는 포르투알레그레에서 열린 세계사회포럼에 3회 참가하였으며, 포럼 전 2일간 2차례 국제건강포럼을 조직하였다.

<베네수엘라의 '바리오 아덴트로(Misión Barrio Adentro)'>

쿠바를 제외한 라틴아메리카 국가들은 1990년대에 보건의료 시스템의 개혁을 겪었다. 의료서비스의 재원조달과 공급에 사적 영역의 참여가 확대되었으며, 건강을 소비재로 보는 관점이 강화되었고, 건강은 국가에 의해서 보장된 권리라는 개념이 포기되었다. 이러한 변화는 외부차입금에 대한 국제 금융기관들의 지불보증을 받아서 이루어졌으며, 신자유주의 패러다임에 입각한 것이었다. 몇 년이 흐른 후 부정적인 효과가 증명되었는데, 그 정책들은 보건의료서비스의 보장성과 접근성 모두를 증진시키는데 실패했다. 동시에 신자유주의 제반 정책들은 삶의 질을 향상시키는데 전반적으로 실패했고, 그 결과 라틴아메리카는 세계에서 사회 계층간 불평등이 가장 심각한 지역이 되었다.

베네수엘라 또한 같은 문제를 겪고 있었다. 오랜 기간 지속된 석유자원의 불공정한 분배와 1980년대부터 본격적으로 추진된 신자유주의 정책의 영향으로 국민의 2/3가 빈곤에 빠져 있었고, 보건의료체계의 대대적 탈집중화와 사유화의 영향으로 보건의료체계의 통일성이 파괴되었다. 1997년 현재 베네수엘라에서 진행되는 보건의료 관련 지출의 73%가 사유화되었다.

신자유주의 정책에 대한 지속적인 저항의 결과물로 라틴아메리카 여러 국가들에서 자유주의적 좌파세력들의 영향력이 커졌는데, 베네수엘라에서는 1998년 12월 차베즈가 대통령에 당선되었다. 새롭게 선출된 정부는 광범위한 사회적 개혁을 '볼리바리안 혁명'이라는 틀 안에서 추진하고 있으며 바리오 아덴트로 또한 볼리바리안 혁명의 프로그램 중 하나이다. 바리오 아덴트로를 '지역사회 내부에서'라고 번역될 수 있는데, 이 개념은 21세기에 현존하는 사회 의학 모델의 합리적인 본보기의 하나를 이루고 있다.

바리오 아덴트로의 가장 중요한 요소는 '기본적인 인권으로서의 건강'이라는 관점의 현실화에 있다. 1999년 12월 국민 투표를 거쳐서 승인된 새로운 헌법은 건강의 성격을 생존권에 연관된 헌법적 권리로 정의하며 나아가 건강권의 완전한 실현을 보장할 책임을 국가로 명시하고 있다. 이러한 관점의 현실화를 위한 가장 유효한 수단으로서 공공적·포괄적 보건의료체계의 건설이 시작되었다. 우선 그 준비 작업으로 국가 보건의료체계를 구성하는 공공보건의료기구를 사유화하도록 규정한 '칼데라 법'의 집행을 중지하였고, 공공의료기관에서 제공하는 응급의료서비스를 무료화하는 등 보건의료에 대한 장벽을

제거했다. 이후 카라카스(Caracas: 베네수엘라의 수도) 내에 공공적 보건의료 서비스가 전혀 구축되지 않은 지역에서 일차의료서비스를 제공하는 프로그램이 시작되었다. 이 프로그램이 성공적인 것으로 평가되자 바리오 아텐트로 프로그램은 국가 전체에 걸쳐 일차-이차-삼차 의료시스템을 통합적으로 구축하는 것으로 확대되었다.

정책의 추진은 강력한 국가적 의지와 지역사회의 광범위한 참여를 바탕으로 이루어졌다. 바리오 아텐트로의 초기 단계에서부터 지역사회 조직이 의료서비스 제공에 대한 세밀한 계획을 세웠으며, 지역 주치의들은 지역사회 주민들이 자발적으로 제공한 거처에 거주했다. 이후 더욱 포괄적으로 프로그램을 발전시켜나가는 과정에서도 지역마다 건강 위원회가 조직되어 지역의 보건의료정책을 결정했으며, 일차 의료서비스의 관리와 제공에는 지역 거주민들이 참여한다는 원칙이 관철되었다. 바리오 아텐트로가 시작된 이래 건강위원회는 2003년 현재 2,134개, 2006년 현재 8,951개로 증가했다.

바리오 아텐트로의 발전과정에서 또 다른 중요한 측면은 주변부 국가들 사이의 국제적 협력에 대한 대안적 모델의 제시에 있다. 쿠바와 베네수엘라 사이의 연대성에 기초한 교환은 바리오 아텐트로를 가능하게 만든 결정적 요소였다. 쿠바와 베네수엘라는 양국 국민들의 이익을 목적으로 하는, 그리고 서로의 강점을 나누어 갖는 것을 목적으로 하는 다수의 협정을 맺었다. 결과적으로 쿠바로부터의 도움이 베네수엘라에서 보건의료시스템의 전례없는 발전을 가능하게 했고 동시에 쿠바는 에너지 공급의 안정성을 획득하고 유지할 수 있었다. 이는 강제와 경쟁의 원리에 기초를 둔 신자유주의적 건강 정책들(국제적 기구들의 원조에 의해 제약되는)에 반대하여, 연대와 상보성의 관점을 중심으로 이루어지는 남-남 사이의 국제적 관계에 대한 모범을 보여준다.

바리오 아텐트로 프로그램은 여전히 진행 중이기 때문에 그 결과를 정확하게 평가하기 힘들지만, 환자들을 대상으로 한 인터뷰에서는 (1)치료의 질, (2)접근성, (3)무료로 처방받을 수 있는 의약품들의 구비, (4)진료 대기 시간의 감소 등의 분야에서 명백히 만족감을 표현하고 있다. 환자들의 만족도는 우익들의 반발이 프로그램을 위협했을 때 건강위원회를 통해 프로그램을 지키기 위한 정치적인 운동이 발생했다는 점을 통해서도 간접적으로 확인할 수 있다. 객관적 효과로는 의료서비스에 대한 각종 장벽이 감소했고, 그로 인해 건강상태의 개선이 이루어졌다는 점을 들 수 있다. 2004년과 2005년의 역학적 지표들은 바리오 아텐트로의 효과를 유추할 수 있게 해준다. 우선 고혈압과 당뇨와 같은 만성질환에 대한 진단과 추적검사가 증가했다. 그리고 몇몇 감염성 질환에 대한 조사에서는 환자 수는 증가했지만 사망수는 감소했다는 것이 확인되었는데, 이는 이전보다 질병이 더 많이 발견됐고, 치료 역시 더 잘 이루어지고 있음을 의미한다.

살펴본 바와 같이 사회의학은 좁게는 생의학적 모델에 대해 비판적 관점을 가진 학문적 조류로, 넓게는 현존하는 보건의료시스템에 대해 비판적 관점을 가지는 정치적 실천들로 정의내릴 수 있다. 따라서 사회의학의 이념을 단일하고 균질적으로 정의내릴 수는 없다. 스스로를 사회의학의 전통에 있다고 생각하는 집단 내부에서도 마르크스주의적 분석의 유용성에 대한 입장 차이, 여러 이슈들에 대한 우선순위의 차이, 보건분야 국제기구 및 다국적 금융기구에 협력하는 정도의 차이 등에서 다양성이 존재하고 있기 때문이다.

그러나 이들이 기반하고 있는 공통적 내용을 정리할 수 있는데 다음과 같다. 첫 번째로 건강과 질병, 의료행위에 대한 생물학적 요인에 대한 분석을 넘어서는 이론에 대해 강조한다는 점이다. 따라서 사회의학에서는 사회경제적 조건이 건강, 질병, 의료행위에 미치는 영향에 대해 강조하며, 연구의 대상으로서 인구집단이라는 개념을 개인들의 합이 아니라 인민의 집합체로 이해한다. 두 번째로 대중의 건강은 사회적 관계의 문제라는 점을 강조하며 따라서 건강에 대한 요구를 사회개혁이나 혁명의 요구와 결합한다. 또한 건강과 질병에 대해서도 이분법적 구분의 틀을 벗어나서 건강-질병의 변증법을 사고하는데, 이 변증법적인 관계는 질병을 발생시키는 특정한 구조와, 그 질병을 설명하고 치료하는데 이용되는 특정한 의학 이데올로기를 창조하는 사회구조 안에 위치한다. 세 번째로 사회는 인민의 건강을 증진시킬 의무가 있다는 점을 강조하며 목표를 달성하기 위해 개인적·의료적 수단 뿐 아니라 사회적 수단 역시 동원해야 한다는 관점을 가진다. 또한 의료서비스가 공급되는 방식 역시 정치적이라는 관점 하에, 건강증진에 대한 더 민주적이고 덜 계층적인 모델을 연구한다. 이러한 전통은 일차의료모델에 대한 강조와 연관되는데, 이 분야에서 가장 중요한 성과는 남아프리카공화국에서 1940년대 이루어졌던 지역사회의료의 발전이다.

<남아프리카 지역사회의료의 사례>

남아프리카공화국의 의사 Sidney Kark와 Emily Kark는(부부였다. 이하 Kark 부부) 1940년대에 Natal 자치구의 Pholela 지역에 시범적인 건강단위를 구축하는 일을 하고 있었다. 그 건강센터는 Kark 부부가 처음에 ‘사회의학의 임상적용(a practice of social medicine)’이라고 묘사했고 이후 ‘지역사회 중심 1차 의료(community oriented primary care)’라고 이름 붙여진 것의 시험무대가 되었다. 그 프로젝트는 1946년에 8개의 건강센터와 주요한 교육 프로그램을 가진 ‘Durban 가정·지역사회 보건 연구소(Institute of Family and Community Health in Durban)’로 확장되었다. 이후 연구소는 남아프리카의 정치적 정세가 변화함에 따라 1959년에 운영을 멈추게 되었고, Kark 부부는 이스라엘에 정착하여 WHO의 ‘Israel 사회의학 발전계획(Social Medicine Project)’에 참여하였다.

지역사회 중심 1차의료 모델은 사회의학의 원칙에 기초를 둔 몇 가지 개혁 조치들을 구체화하였다. Pholela에서의 프로젝트는 ‘지역사회 진단 (community diagnosis)’으로부터 시작되었다. 역학적 조사를 통해서 Pholela의 ‘지역사회 증후군(community syndrome)’을 구성하는 가장 일반적인 조건 세 가지는 ‘영양결핍, 전염병의 창궐, 정신사회적 문제’로 밝혀졌다. 이러한 진단은 어린이를 위한 우유 보급 정책과 지역사회 녹지조성 등 기존의 방식과 다른 건강문제에 대한 처방으로 이어졌다.

임상 진료는 일차진료의사, 지역사회 담당 간호사, 건강교육 담당자(보통 지역사회 내에서 뽑힌)로 이루어진 진료팀이 담당하였다. 진료팀은 그들이 돌보는 지역의 가정들을 잘 알고 있었고 따라서 환자를 각각의 개인이 아닌 가족의 일원으로 접근했다.

진료팀에 의해 치료의 연속성이 확보됨으로써 환자인 가족들과 의사/간호사간에 인간적인 관계가 형성되었는데, 이러한 관계는 사려 깊은 가정의가 그의 마을에서 진료할 때와 같은 관계였다. (s. L. Kark and G. W. Steuart, A Practice of Social Medicine [Edinburgh: E&S Livingstone Ltd., 1962])

또한 전통적인 가정의와 달리, 진료팀은 각 환자가 가지고 있는 폭넓은 사회적 맥락과 환자들에게 내려지는 새로운 진단이 가질 수 있는 역학적 함의를 체계적으로 인식할 수 있었다.

지역사회 보건운동의 이상 중 많은 부분이 1978년 WHO가 개최한 ‘일차 의료를 논의하기 위한 국제 협의회(International Conference on Primary Care)’를 통해 발간한 알마아타 선언에 구체화되어 있다. 선언은 건강에 대한 WHO의 포괄적 정의(단순히 질병이나 허약하지 않은 상태가 아니라 신체적, 정신적, 사회적으로 완벽히 안녕한 상태)를 다시 한 번 확인했다. 그리고는 ‘현존하는 심각한 건강 불평등은 용납될 수 없고, 모든 인민은 건강 증진을 위한 조직과 그 수행에 참여할 권리가 있으며, 일차 의료는 포괄적으로 접근 가능해야 한다’는 선언으로 나아갔다. 그리고 마지막으로 건강에 관한 각국정부의 책임에 대해서 언급하면서 알마아타 선언은 ‘2000년까지 모든 민중에게 건강을’이라는 야심찬 계획을 출범시켰다. 그러나 애석하게도, 신자유주의적 경제기획이 진보적이고 분별력있는 전망을 압도했다. 오늘날 “모든 사람에게 건강을”이라는 비전은 AIDS, 결핵, 말라리아에 대항하는 국제기금(심각하게 자금이 모자라는)과 같은 개별화된 질병 특이적인 접근들로 대체되었다. 하지만 알마아타 선언의 이상은 광범한 기초를 가진 국제적인 공동체 건강 운동으로 구체화되고 있는데, 이들은 현재 ‘민중건강운동(People's Health Movement)’으로 조직되어 있다.

II. 민중건강운동(PHM: People's Health Movement)

세계보건기구(WHO)와 국제연합아동기금(UNICEF)등의 후원 아래 1978년 소련의 알마아타에서 열린 1차 국제보건의료회의는 ‘2000년까지 모든 사람에게 건강을’이라는 슬로건으로 요약되는 선언문을 채택한다. 대다수의 민족국가들이 조인한 이 선언문은 건강을 기본권으로 인정하고 가능한 한 최고 수준의 건강을 유지하는 것이 세계적으로 가장 중요한 목표임을 명시한다. 또한 건강불평등을 해소하기 위해 민중과 지역사회가 참여하고 국가가 책임지는 1차 보건의료 중심의 사업을 제시한다.

그러나 알마아타 선언은 실현되지 못한다. 중심부 국가들은 보편적 1차 보건의료가 아닌 선택적 1차 보건의료로 선회하고 시장 지향적 의료개혁을 추진하기 시작한다. 그리고 록펠러재단과 같이 법인자본과 결합된 국제적 보건의료전문가들은 1차 보건의료가 비효율적이라고 비판하면서 효율성에 바탕을 둔 선택적·기술적 개입을 지지한다. 이들은 1차 보건의료의 계획·이행·통제과정에서 지역사회를 배제하면서 알마아타 선언의 이념을 단순한 기술적 접근으로 환원한다. 또한 선택적 1차 보건의료로 전환하는 과정에서 초민족자본에게 주도권을 부여함으로써, 보건의료에 대한 민중의 자기결정권을 박탈한다.

이에 20여 년 동안 잊혀졌던 알마아타 선언의 이념을 복원하고 보건의료에 대한 민중의 자기결정을 강조하는 새로운 사회운동이 형성된다. 아시아지역사회건강행동네트워크(ACHAN), 국제소비자들(CI), 함마살트재단(DHF), 민중건강센터(GK), 국제건강행동(HAI), 국제민중건강평의회(IPHC), 제3세계네트워크(TWN), 재생산권리를 위한세계여성네트워크(WGNRR) 등 8개 사회운동단체는 각국의 보건의료 관련 사회운동세력이 집결하는 세계보건의료운동의 세력화를 시도한다. 이들은 각 지역에서 수개월동안 선전활동과 보건의료에 관련한 지역적 쟁점들에 대한 조사를 수행한다. 이러한 활동의 성과로 2000년 12월 방글라데시의 사바에서 5일 동안 민중건강총회(People's Health Assembly)가 개최된다. 75개국에서 1400여명이 참석한 1차 민중건강총회는 전통적 의료행위, 에이즈, 정신건강, 건강권, 모성권, 보건의료에 대한 세계화의 영향, 건강과 생태 등을 주제로 세미나를 개최하고 건강을위한세계행진을 진행한다. 또한 알마아타 선언의 이념을 현실화할 것을 요구하는 민중건강헌장(People's Charter For Health)을 채택한다. 이 헌장은 건강을 위협하는 핵심적 세력으로 세계무역기구·세계은행·국제통화기금과 같은 국제기구와 초민족자본을 지목하는 동시에 빈곤국가의 외채삭감, 초민족적 금융자본의 투기적 이동을 규제하는 토빈세 도입, 여성해방과 여성권에 대한 무조건적 지지, 의료 및 지역개발에 대한 민중의 참여, 빈곤해결을 위한 민족적·국제적 지원 등을 요구한다.

2차 민중건강총회는 2005년 7월 17일부터 6일간 에콰도르의 쿠엥카에서 개최된다. 80여 개국에서 1500여 명이 참석한 2차 총회는 ‘만민에게 건강을’이라는 1차 총회의 슬로건을 바탕으로 의약품에 대한 특허권의 폐지, 세계보건기구의 개혁, 생태적으로 지속가능한 발전 등을 요구한다. 또한 비판적 분석을 통해 대중의 발언과 요구를 지원하고, 각국의 보건의료운동에 관한 정보를 공유하기 위한 목적으로 국제

민중건강대학(IPHC)이 설립되어 25개국의 61명의 활동가와 10개국의 공중보건 전문가들이 참여한다.

민중건강운동(People's Health Movement)은 1차 민중건강총회의 준비·개최 과정을 통하여 조직된 국제연대체이다. 이 단체는 세계적인 보건의료운동 네트워크를 형성하고 민중건강총회를 지속적으로 조직·발전시키기 위해 구성된 사회운동단체들의 연합으로서 1차 총회 이후 대안세계화운동과의 연대를 모색한다. 민중건강운동은 2002년 2차 세계사회포럼부터 본 행사에 앞선 사전포럼으로 민중의건강을방어하기 위한국제포럼(IHF)을 개최하고, 신자유주의적 금융세계화가 건강권을 비롯한 인권을 심각하게 침해한다는 세계사회포럼의 인식을 공유한다. 국제포럼은 3차 대회에서 건강을위한세계사회포럼(World Social Forum on Health)을 조직하기로 결정하였고, 2005년부터 민중의건강을방어하기위한국제포럼이 건강을위한세계사회포럼으로 발전됨으로써 보건의료운동과 대안세계화운동의 결합이 완성된다. 2005년 포르투갈알레그레에서 개최된 1차 건강을위한세계사회포럼은 보건의료운동과 노동자운동의 연대를 추구하는 동시에 보건의료운동이 세계사회포럼의 부문운동임을 선언한다.

이처럼 민중건강운동이 주도하는 새로운 사회운동은 보건의료의 위기를 심화시키는 신자유주의적 금융세계화를 비판하면서 아래로부터 보건의료의 재구성을 주장한다. 나아가 생태파괴가 건강에 대한 직접적 공격으로 귀결된다는 점을 강조하는 동시에 의료기술의 비약적 발전을 가져올 것으로 이해되는 유전학과 생물공학의 진보가 건강에 부정적 효과를 가져올 가능성에 대해 경고한다. 요컨대 기본적 인권으로서의 건강권, 신자유주의적 금융세계화 비판, 건강에 관한 생태적 관점이라는 세 가지 핵심어가 민중건강운동과 건강을위한세계사회포럼이 일관되게 주장하는 핵심적 의제이다.

민중건강운동은 알마아타 선언에서 제시된 건강권 개념을 더욱 발전시킨다. 민중건강운동은 건강을 기본권으로 인정하고 이를 보장하는 제도적 장치로서 1차 보건의료를 주장한 알마아타 선언의 이념에서 출발한다. 하지만 건강권이 보건의료에 대한 민중의 능동적인 참여를 전제하는 동시에 민중의 사회적·문화적·정치적 변화를 함축하는 것으로 이해한다. 즉 민중은 스스로를 정치적 주체로 구성하는 동시에 건강에 대한 권리를 실현시켜야 하며, 이러한 요구는 인간 생활의 기본조건과 항상 관련되어 있기 때문에 즉각적인 형태로 제기되어야 한다는 것이다. 알마아타 선언의 슬로건은 민중건강운동에 의해 ‘바로 지금, 만인에게 건강을’이라는 요구로 확장된다. 뿐만 아니라 민중건강운동은 여성의 건강이 사적·공적 영역에서의 억압 및 착취와 밀접한 관련이 있다고 주장하면서, 여성의 성적 권리와 재생산 권리를 위한 국제적이고 지역적인 운동을 지지한다.

민중건강운동은 건강권을 침해하는 주요 원인으로 세계무역기구·세계은행·국제통화기금이 지원하는 신자유주의적 금융세계화를 지목한다. 현재의 국제무역질서와 주변부로부터의 가치 이전을 비판하는 동시에 제3세계의 부채삭감, 투기적 국제금융자본에 대한 토빈세의 적용, 초민족자본 - 특히 제약자본 - 에 대한 사회적 통제, 지

식에 대한 민중의 권리를 박탈함으로써 수익을 창출하는 지적재산권의 폐지 등을 요구한다. 이와 같은 민중건강운동의 요구는 현재의 신자유주의적 금융세계화에 대한 근본적인 도전이며, 더 나아가 생태적 제약과 건강의 근본적 중요성 및 여성들의 비지불노동의 공헌을 인식하는 대안적 경제로 이행해야 할 필요성을 제기하는 것이다.

마지막으로, 민중건강운동은 건강과 생태의 관계에 초점을 맞춘다. 민중건강운동은 상수원과 대기의 오염, 오존층 파괴, 종 다양성의 감소, 삼림파괴와 토양침식 등은 인간의 건강에 심각한 영향을 미친다고 강조하면서, 이러한 파괴의 근본 원인으로 지속불가능한 개발, 장기적·전체적 관점의 결여, 이윤최대화를 위한 자본의 운동, 소수에 의한 과잉소비 등을 지목한다. 그리고 생태와 인간의 건강에 위협을 가하는 자본·공적 제도·군사시설에 대해 사회적 통제를 부가하고, 생태친화적인 발전프로젝트를 기획하고, 주변부로의 산업폐기물 이전을 비판하며, 나아가 노동자 중심의 작업환경개선 등을 요구한다. 이를 위해 민중건강운동은 생태운동과 보건의료운동의 적극적인 연대를 주장한다.

이 세 가지 의제의 실현을 위해 민중건강운동은 민중의 시민교육을 강조한다. 이들은 건강문제에 대해 지역사회가 스스로 대처할 수 있는 능력을 고양하고 신자유주의적 금융세계화와 보건의료의 위기의 관련성을 민중이 스스로 인식할 것을 목표로 지역사회에 기초한 다양한 시민교육 프로그램을 개발한다. 예컨대 중앙아메리카의 지역사회에 기초한 보건의료활동가들은 지역사회건강증진위원회를 조직하여 전통적 치료방법과 자생적 보건의료활동 경험을 교환한다. 또한 국제민중건강평의회는 지역주민을 대상으로 ‘발견법’에 기초한 다양한 교육프로그램을 발전시킨다.(이 방법은 참가주민들에게 각자가 생각하는 건강 문제를 하나씩 말하게 하거나 그림으로 표현하도록 한다. 그리고 이렇게 제기된 개별적 건강문제들 사이의 관련성과 인과성 등에 관해 토론하게 함으로써 주민들 스스로 건강 문제의 근본 원인과 사회의 대응방안을 모색하는 계기를 제공한다.) 이는 건강 문제의 원인이 세계적 변화에서 기인하고 있음을 지역주민 스스로가 인식하게 한다.

이처럼 민중건강운동은 보건의료운동에 대한 대안적인 가능성을 내포한다. 이 운동은 대안세계화운동과 결합하면서 국가에 의존하지 않는 아래로부터의 세계보건의료운동을 제안한다. 그리고 보건의료에 대한 민중의 자기결정을 강조하면서 자본주의적 보건의료 자체를 건강권의 원리에 따라 변혁할 것을 요구한다. 이는 물론 자본주의적 생산관계의 변혁을 전제하는 것이다. ‘또 다른 세계는 가능하다’는 대안세계화운동의 구호가 핵심적 내용으로 등장한 2차 세계사회포럼의 선언문은 바로 이러한 전망을 명시적으로 보여준다.