

제 4 회

서울대학교 전문대학원 연계 정책 심포지움

코로나 팬데믹과
새로운
‘건강레짐’의 필요성

—

김창엽 교수

보건대학원

코로나 팬데믹과 새로운 '건강레짐'의 필요성

김창엽
서울대 보건대학원

1. 머리말 - '사회적인 것'으로서의 감염병

질병과 건강을 생물학적 또는 의학적 현상으로 이해하기 쉽지만, 흔히 생각하는 것 이상으로 '사회적 결정요인'의 영향이 강하다. 빈곤, 비정규 노동, 학력, 좋지 않은 노동조건, 주거 등이 건강에 영향을 미치는 대표적인 사회적 결정요인으로, 한 나라 안에서 또 국가 사이에 사회적 요인의 차이에 따라 건강과 질병이 달라진다는 것이 정설이다.

코로나19를 비롯한 모든 인간 감염병(나아가 모든 질병) 또한 '생물학적인 것(the biological)'과 '사회적인 것(the social)'의 중첩이다. 중첩보다는 '발현(emergence)'이라는 말이 더 정확하다. 심층 구조(예: 바이러스 vs. 타인 접촉)에서 기인한 두 가지 요소가 작용해 감염병이 생기지만, 이 감염병이 바이러스 또는 인간관계로 환원되지 않는다는 뜻이다. 수소와 산소가 화학적으로 결합한 물의 특성이 수소 또는 산소와 완전히 다른 것과 같다("수소와 산소가 발현한 결과가 물"이라고 표현한다). 감염병 발생과 유행은 생물학적인 것이고 예방 방법이나 결과는 사회적 것으로 나눌 수 없다.

일반적으로 생물학적이거나 의학(의료)적인 것으로 이해하는 감염병 발생, 전파, 유행도 사실은 사회적 것과의 상호작용이거나 두 가지 속성을 함께 포함한다. 감염병의 확산 속도와 범위를 결정하는 '감염력'이 좋은 예이다. 감염병 유행과 확산 정도를 결정하는 데는 세 가지 요소가 작용하는데, 이는 ① 감염자가 얼마나 많은 사람을 접촉하는지(접촉률), ② 다른 사람에게 얼마나 쉽게 옮기는지(전파 확률), ③ 얼마 동안이나 전파할 수 있는지(감염 기간) 등이다.

감염병 확산 여부에 결정적으로 중요한 이 세 가지 요소에는 생물학적인 것과 사회적 것이 통합되어 있다. 한 사람의 감염자가 얼마나 많은 사람을 만났는지(접촉률)는 거의 전적으로 사회적 것으로, 이동을 금지하거나 집에서 외출하지 않는 사회적 실천에 따라 접촉률은 크게 달라진다. 전파 확률은 세균이나 바이러스의 특성이기도 하지만, 사람 사이의 거리가 얼마나 가까운지, 말을 많이 했는지 아닌지, 다른 사람과 대화할 때 마스크를 썼는지 아닌지 등 인간의 사회적 행동과 밀접한 관련이 있다. 이

처럼 개인행동을 비롯한 사회적인 것을 빼고는 감염병의 유행과 확산을 말하기 어렵다.

유행에 대한 대응은 좀 더 넓은 의미의 사회적인 특성, 즉 정치와 경제적 특성이 더 강하게 드러난다. 유행 초기에 한국이 국경을 막지 않았던 데는 대외 개방성이 강한 한국 경제의 특성이 영향을 미쳤다는 해석이 일반적이다. 모든 나라가 가장 효과적인 방역 방법으로 받아들인 이른바 ‘사회적 거리 두기’는 말 그대로 사회적 행동이며 관계이자 구조다.

감염병 유행의 결과, 예를 들어 경기침체나 실업과 같은 경제적 영향 또한 사회적인 것이다. 세계 여러 나라는 이미 코로나19 유행의 결과, 즉 대규모 실업과 임금 감소, 소비와 생산 위축, 교역 감소 등으로 경제적 위기를 겪고 있다. 봉쇄를 끝내라고 요구하는 시위에서 보듯, 경제위기는 곧 정치적, 사회적 위기로 직결된다. 그뿐만 아니라, ‘뉴노멀’이 불가피하다는 주장에서 알 수 있듯이 관점에 따라서는 새로운 정치, 경제, 사회로 변화하는 계기 또는 기회일 수도 있다.

한 가지 강조할 것은 이런 사회경제적 영향이 사후적일 뿐 아니라 현재의 감염병 대응에 직접 관련된다는 점이다. 예를 들어, 사회적 거리 두기에 따라 일을 쉬고 그 결과 임금 감소로 생계가 어렵다면, 해당 노동자는 위험을 무릅쓰고 일을 계속할 것이다. 이 노동자의 소득을 보장하는 다른 방법이 없는 한 사회적 거리 두기를 실천할 수 없다.

2. 감염병의 과학과 정치경제

2.1. 과학과 정치경제의 경계 또는 중첩

과학과 정치는 늘 만나며, 차원과 성격은 다르나 감염병도 마찬가지다. 몇 가지 예를 들어보자. (1) 예방과 치료를 위한 인공호흡기나 백신(과학기술)을 배분해야 하면 이를 누구에게 먼저 적용할지 하는 우선순위 문제(정치)와 만난다. (2) 어디서 어떻게 감염이 시작되었는지 하는 과학적 질문은 미국과 중국의 경쟁과 갈등이라는 세계 정치경제 구조를 벗어나지 못하는 상태다. (3) ‘사회적 거리 두기’라는 비약물적 수단(non-pharmaceutical measure)은 사회적 과학이라 할 수 있지만, 미국 같은 나라에서는 정치적 경쟁, 경제 불평등, 인종주의 등의 맥락과 틀 안에 있다.

감염병의 정치경제란 정치적 또는 경제적 요인이 감염병(발생, 유행, 확산, 통제)에 영향을 미치거나 거꾸로 감염병이 정치 또는 경제에 영향을 준다는 의미를 넘는다. 상호관련성으로 설명하면 감염병은 국제 또는 국내 정치경제의 구조, 메커니즘, 작동 등

과 분리해 설명할 수 없다는 뜻에 가깝다. 서로 영향을 미치는 차원을 넘어, 서로를 규정하며 또한 규정된다.

대표적인 것이 불평등 문제다. 감염병에 더 많이 걸리고 죽을 뿐 아니라, 발생부터 유행과 확산, 대응, 결과와 영향에 이르기까지 모든 현상과 사건은 대체로 경제적 약자에 불리하다. 이는 이들이 생물학적으로 취약하기 때문만이 아니며(생물학적 취약성조차 흔히 사회적으로 결정된다), 병원체와 인간, 다른 비인간(non-human, 예를 들어 주거, 노동조건, 보호구 등), 사회의 심층 구조(노동시장, 노사관계, 사회계층 등)에서 비롯된 결과이다.

2.2. 신종 감염병과 인수공통감염병

사스, 중동호흡기증후군(메르스), 신종인플루엔자A(H1N1), 코로나19 등은 모두 인수공통감염병(人獸共通感染病)으로, 이는 동물이 자연 숙주인 병원체가 인간에게 전파되어 감염을 일으킬 때 그 감염병을 일컫는 말이다. 이 감염병들은 또한 ‘신종(emerging)’으로 분류되는데, 이는 그동안 인간에게 해를 입히지 않던 병원체가 새로 감염병을 일으킨다는 뜻이다.

감염병 발생의 정치경제는 질병 발생의 원인(遠因, upstream cause)에 주목한다. 여기서 ‘원인’이란 좀 더 구조적이고 근본적인 요인이란 뜻으로, 직접 원인과는 대조적인 개념이다. 결핵의 직접 원인이 결핵균이라면, 원인은 타고난 신체적 소인 또는 빈곤과 같은 사회적 요인을 가리킨다. 어느 지역의 식습관이나 환경 조건을 특정 감염병 사건(예를 들어 코로나19)의 직접 원인으로 지목할 수 있으나, 이로써 사스, 중동호흡기증후군, 신종인플루엔자A, 코로나19 등 신종 감염병이 연속 발생하는 경향성을 설명하기는 어렵다.

오래전부터 인류와 공존해온 인수공통감염병이 그것도 신종의 형태로 늘어나는 이유가 무엇일까? 대부분 전문가는 인간과 동물의 접촉이 빠른 속도로 증가한 것에서 ‘원인’을 찾는다. 전에 없던 대규모 산림 파괴와 경지개발 등이 사람과 동물이 더 자주 밀접하게 접촉하도록 부추기고, 그 결과 동물에 있던 병원체가 더 쉽게 인간으로 전파된다는 것이다. 생태계가 달라지면서 병원체의 변이가 더 쉽게 일어나는 것도 중요하다.

예를 들어, 밀림의 야생동물에 존재하던 에볼라 바이러스는 숲이 없어지면서 인간과의 거리가 가까워지고, 바이러스는 새로운 환경에서 스스로 변화하며 인간으로 전파된다. 에볼라가 발생한 서부 아프리카 27개 지역을 조사한 결과 최근 산림을 없앤 지역에서 유행의 확률이 더 높았다는 연구는 이러한 신종 감염병 발생의 정치경제를 뒷

받침한다. 1998~9년 말레이시아에서 100명 이상의 사망자를 낸 니파바이러스 유행 또한 숲을 파괴하여 양돈 농장을 확대한 결과라고 추정한다.

인수공통감염병이 유행하기 쉬운 조건, 즉 산림을 없애고 경지를 확대하며 숲속에 축산 농장(공장)을 짓는 일은 각 경제 주체의 동기나 행동만으로 설명할 수 없다. 이런 현실 변화의 심층에는 지구적 규모의 정치경제 구조가 실재한다. 아마존 열대우림을 대규모로 파괴한 후(여러 감염병 발생과 유행의 '원인' 중 하나로 추정한다) 바이오 연료 생산용 작물을 재배하는 이유는 세계적 에너지 생산-소비 체제를 빼고는 설명하기 어렵다. 대상과 영역이 농업, 임업, 축산업 그 무엇이든, 새로운 환경과 조건은 세계적 규모로 구축된 불평등한 국제분업체계의 직접적 결과물이다.

2.3. 감염병 유행과 확산의 정치경제

현재의 세계화된 자본주의 시장경제체제는 작은 유행병(endemic)이 지구적 범유행(팬데믹, pandemic)으로 퍼지는 좋은 조건을 제공한다. 세계화로 국가 간 교역과 인구 이동이 극적으로 증가했을 뿐 아니라, 상호의존성과 상호연결성이 커지면서 감염병 확산의 양상도 달라졌다. 과거와 같은 국경에서의 '검역'만으로는 확산을 막기 어렵다.

예를 들어, 코로나19가 유행한 이탈리아 북부는 의류와 섬유산업을 중심으로 중국(특히 우한지역)과 긴밀하게 연결된 지역으로, 교류가 빈번하고 인구 이동이 많아 중국 내 유행이 알려지기 전부터 이미 신종 감염병이 전파, 확산했을 가능성이 크다고 한다. 세계화된 경제체제에 편입된 이상 어느 국가도 이동과 연결의 조건, 그리고 상호작용과 상호의존을 벗어날 수 없으므로, 감염병 유행과 확산은 국제 정치경제와 불가분의 관계에 있다.

현재까지 입국 금지나 봉쇄와 같은 방역 기술(과학)로는 유행과 확산을 막기 어렵다는 것이 정설이다. 이동을 막는 것은 검역의 부담을 줄이는 의미 이상이 되기 어렵고, 많은 경우 감염 유입을 방지하는 정책을 실행하는 것도 불가능에 가깝다. 감염병의 특성상 감염 발생을 확인하기 상당 기간 전부터 이미 유행이 진행되었을 가능성이 크다는 점이 가장 중요하다.

한국에서 논란을 빚었던 중국 경유자 입국 금지 문제만 해도 그렇다. 당시는 그랬고 지금 판단도 마찬가지로, 입국 금지 요구가 나오기 전 이미 감염이 유입되었을 가능성이 크다. 중국이 코로나19 발생을 세계보건기구에 보고하기 전에 이미 프랑스에 환자가 발생했다는 연구가 발표되었고, 유전자 분석 결과 세계 여러 나라에서 2019년 말부터 유행이 시작되었다는 분석도 있다.

과학적 근거가 약해도 국가 간 이동을 금지하는 조치를 택하는 것은 주로 정치적 목적, 그것도 주로 국내 정치용이다. 전통적으로 감염병 대응과 그 결과는 국가권력과 정부의 책임으로 인식되었고, 코로나19 유행에서도 대부분 국가에서 국가권력의 유능함이 정치적 의제로 등장했다. 팬데믹, 그리고 외래 감염병일수록 감염병의 원인을 외부로 돌려 국가권력과 정부의 정치적 책임을 회피하려는 동기가 생긴다. 국경 봉쇄와 이동 금지는 감염병의 ‘타자화’를 위해 가장 직접적이고 가시적인 대응 조치로, 세계화 시대에도 국민국가의 국가권력이 동원할 수 있는 가장 강력한 개입 수단이다.

감염병 확산과 유행을 촉진하는 중요한 요인 중 하나로 도시화를 꼽지 않을 수 없다. 이때 도시는 단지 인구가 많고 밀집한다는 물리적 조건의 의미를 뛰어넘는다. 현대 도시는 세계화와 밀접한 관련이 있으며, 특히 신자유주의적 세계화가 도시를 기반으로 진행된다는 점이 중요하다. 감염병 확산의 온상이라 할 수 있는 도시가 날로 늘어나고 커지는 것이 세계적 추세다.

코로나19가 처음 발생하고 전파된 중국 우한이 이런 도시화를 대표한다고 할 수 있는데, 이는 중국 국내 도시와 경쟁하면서 동시에 세계의 거대 도시와 경쟁한다. 우한은 세계적 산업 생산 기지이자 중국 내 교통과 교육 중심지로, 신자유주의적 도시화의 여러 특성을 고루 갖춘 곳이다. 예를 들어, 춘절 기간 고향을 찾아 이 지역에 머물렀던 5백만 명 이상이 우한 봉쇄 전에 다른 지역으로 빠져나가 전파와 유행에 결정적으로 이바지한 것은 우연이 아니다. 수많은 이주 노동자 또한 다른 지역과 나라로 흩어져 곳곳에 감염원이 되었다.

3. 감염병에 대응하는 보건의료와 사회경제체계/체제

3.1. 건강, 보건, 의료, 그리고 시스템(체계)에 대한 이해

이 글을 읽는 독자 대부분이 건강이나 보건 분야 전문가가 아닌 것으로 전제하고, ‘건강’이라는 말과 ‘보건’, 그리고 ‘의료’(또는 보건과 의료를 포괄하는 ‘보건의료’)가 무엇을 뜻하는지 간단하게 구분하여 설명한다. 결론부터 말하면, 보건의료는 건강을 추구하는 인간의 사회적 활동(투입)이고, 건강은 그 활동의 결과물(산출)이다. 둘은 차원이 다르고 순서도 다르다. 병원에 자주 가고 부지런히 약을 먹는다고 건강한 것은 아니다. 오히려 그 반대일 가능성이 크지 않은가? 이 둘 사이에는 밀접한 관련이 있지만, 보건의료는 건강이라는 결과물을 산출하는 데에 영향을 미치는 여러 요소 가운데 하나일 뿐이다.

보건과 의료는 어떻게 다른가? 일반적으로 보건, 의료, 보건의료 등이 모두 쓰이지만,

보건의료는 독립적 개념이라기보다 보건과 의료를 엄밀하게 구분하기 힘들어 둘을 합쳐 쓰는 말이다. 여기서는 기존 용법과 논의를 기초로 삼아 보건과 의료를 비교적 간단한 개념으로 규정하고자 한다.

보건의 개념은 널리 알려진 편이 아니다. 전통적으로 보건의 영어의 'public health'와 상응하는 것으로 이해했으나, 둘이 완전히 일치하지는 않는다. 아직 '공중보건'이라는 말도 쓰이고 'health services'가 보건 서비스를 뜻할 때도 있다. 이러한 맥락에서 '보건정책'은 주로 공중보건정책 또는 집단을 대상으로 하는 정책을 뜻하고, 최근 용어로는 개인 건강 서비스(personal health services)와 대응되는 개념인 집단 건강 서비스(population health services)를 다루는 정책을 가리킬 때가 많다.

의료는 주로 개인 건강서비스를 가리킨다. 이런 방식으로 개인 서비스(=의료)와 집단 서비스(=보건)를 구분하면, 예를 들어 예방접종은 개인 서비스인 동시에 집단보건의 대상이자 실천이기도 하다. 각 개인이 받는 예방접종은 보건의료서비스와 그 편익이 모두 개인에게 귀속되어 개인 건강서비스의 속성이 있지만, 집단면역을 달성하려는 사회나 집단의 집합적 실천(기획, 정책, 사업, 평가와 모니터링 등)은 집단 건강서비스로 분류해야 한다. 같은 논리로, 개인 서비스에 영향을 미치는 대부분 사업과 정책, 개입은 집단보건(서비스)에 해당한다.

결국, 코로나 19로 확진된 환자 개인을 병원에서 치료하는 것은 개인 건강 서비스(=의료)로 분류할 수 있고, 사회적으로 유행을 막고 확진자를 중증도에 따라 관리하며 적절한 병원 시설과 의료인력을 준비하는 일은 모두 집단 건강 서비스(=보건)의 영역에 속한다고 할 것이다. 예방접종의 예에서 보았듯이 현실에서는 의료와 보건을 엄밀하게 구분하기 어려워 흔히 '보건의료'라는 말을 통합적으로 사용한다.

코로나 19 유행과 그 대응에 관해서는 보건, 의료, 보건疫료를 가릴 것 없이 모든 현상과 실천이 시스템(체계)에 토대를 두고, 그 안에서 이루어지며, 또한 그 제약을 받는다는 사실이 중요하다. 감염 여부를 판단하는 데는 바이러스 검사가 전부인 것처럼 알기 쉽지만, 잘 짜이고 작동하는 체계(시스템)가 없으면 최종 산출물로서의 검사는 불가능하다. 여러 사람을 검사하는 것은 더 말할 필요도 없으나 한 사람을 검사하는 것도 다르지 않다. 연구를 통해 미리 검사법이 개발되어 있어야 하고, 실용 제품을 생산하고 보급할 수 있어야 하며, 여러 전문인력, 장소와 시설, 관련 지식, 그리고 무엇보다 중요한 자원(돈)이 있어야 한다. 이들 요소가 그냥 존재할 뿐 아니라 계획, 연계, 관리, 규제, 지침 등이 함께 '체계'를 이루어 작동한다.

3.2. 한국 보건疫료체계와 코로나19 대응 - 공공성과 공공보건의료

코로나 유행에 대한 대응은 곧 한국 보건 의료 체계 전체의 대응일 수밖에 없다. 체계의 핵심 요소이자 행위자에 속하는 질병관리본부는 널리 알려졌다, 체계의 나머지 요소는 명확하게 드러나기 어렵다. 시민이 볼 수 있었던 것은 주로 체계가 작동한 결과, 최종 산출물이다.

2020년 6월 초 현재 비교적 좋은 평가를 받은 요소는 초기부터 적극적으로 감염자를 찾아내고(검사, 확진), 추가 접촉을 최소화하며(추적, 역학 조사), 해당자에 따라 격리 또는 치료하는 방역 프로그램을 가동했다는 것이다. 보건 의료 체계라는 시각에서 보면 이러한 방역은 전체 상황을 지휘하는 질병관리본부와 보건복지부, 검사와 역학 조사에서 중요한 역할을 한 보건소와 시군구 정부, 일부 검사와 치료를 맡은 의료기관 등이 제 역할을 제대로 했기 때문에 가능했다. 정부 재정과 건강보험이라는 재원이 뒷받침되었기 때문에 각 주체가 기능할 수 있었다는 점도 무시하기 어렵다.

코로나19 유행이 과거 감염병 유행과 가장 다른 점은 지역사회 감염을 통해 감염병 유행이 '전국화'했다는 것과 치료가 필요한 환자가 많아 주로 종합병원을 중심으로 치료를 하는 데 '과부담'(또는 '과부하')이 생겼다는 것이다. 다른 많은 나라에서도 비슷한 문제가 나타났는데, 특히 환자가 일시에 발생해 평시 의료 체계가 사실상 마비된 국가와 지역이 속출했다. 중국의 우한, 이탈리아 북부 지역, 미국의 큰 도시들, 스페인 등이 이에 해당한다. 한국에서는 대구 지역에서 환자가 대규모로 발생해 한때 2천명 이상의 확진자가 입원하지 못하고 자각 격리 상태에 있었다.

감염병 확진자, 특히 중증 환자를 제대로 치료하지 못하면 당연히 인명 피해가 커진다. 유럽의 여러 국가와 미국의 뉴욕, 브라질 등에서는 많은 환자가 발생했으나 의료 시설(예를 들어 중환자실)과 병상, 전문 인력, 호흡기 등의 장비가 부족해 많은 사망자가 나왔다. 부족한 자원을 배분하기 위해 우선순위가 낮은 환자(중증이나 고령 등)는 치료를 포기하는 사태까지 벌어졌다.

보건 의료 체계에 부담이 가중되어 제대로 작동하지 못하면 코로나19 환자를 제대로 치료할 수 없을 뿐 아니라 치료가 필요한 다른 환자도 영향을 받는다. 응급실과 중환자실에서 일반 환자 치료 기능이 줄어들고, 감염에 취약한 병원 기능(예를 들어 중증 기저질환을 앓는 환자에 대한 치료)은 중지될 수 있다. 취약성이나 위험 인식이 높은 많은 환자는 스스로 의료 이용을 피하거나 알맞은 의료기관을 찾아 평시보다 더 많은 부담을 지게 된다.

감염병이 유행하고 불안과 공포가 커지면 전체 진료 기능이 타격을 받고 '일반' 사망자가 함께 늘어난다. 한국 상황을 정확하게 분석하기는 아직 어려우나, 통계청이 발표한 자료에 따르면 2020년 1~3월 사이 많은 지역에서 코로나19 사망자보다 훨씬 많은

초과사망자(예년 같은 시기의 평균 사망자 수와 비교하여 더 많이 발생한 사망자 수)가 발생했다.

결국, 코로나19 유행에 따른 직접적인 건강 피해는 대부분 ‘의료체계’의 특성과 문제점에서 나온 것이라 해야 한다. 시설과 인력 등 보건의료체계의 각 요소의 양과 질이 필요(요구 또는 수요)보다 부족하면 건강 피해가 커질 수밖에 없다. 유의할 것은 이때 말하는 ‘부족’이 상대적이라는 점이다. 지역 내에 충분한 자원이 없을 때는 말할 것도 없지만, 충분한 자원이 있어도 감염병 환자가 이를 활용할 수 없거나 총량보다 필요와 요구가 더 크면 대응은 실패한다.

한국의 보건의료와 그 체계가 민간 중심이라는 사실은 널리 알려졌지만, ‘민간형’보다는 ‘시장형’ 체계라고 불러야 더 정확하다. 건강보험을 제외하면 대부분 보건의료 서비스는 일반 시장의 재화나 서비스와 크게 다르지 않은 원리에 기초해 있다. 문제는 감염병을 비롯한 상당수 건강문제와 보건의료가 이러한 시장원리와 잘 조화하지 않는 점에 있다. 코로나19 유행으로 드러난 체계의 문제점을 공공성과 공공보건의료 강화로 해결해야 한다는 주장이 설득력이 있는 이유다.

코로나19 유행에서 교훈을 얻은 첫 번째 공공성 강화 방안은 공공보건의료 인프라를 적정 수준 이상으로 확대하는 것, 즉 기본 ‘양’을 확보하는 일이다. 이미 대구에서 경험한 것과 같이 어느 정도 숫자의 공공병원과 병상, 장비, 이를 책임질 인력이 모자라야 비상이 진단과 치료가 늦어지고 중환자도 적시에 치료를 받지 못한다. 때로는 단순한 혼란과 불안을 넘어 생사가 갈릴 수도 있다. 초기에 기본 토대가 즉시 가동해야 하며 초기 충격을 완화하는 역할을 해야 한다.

또 한 가지 중요한 인프라는 ‘공공보건의료 시스템’ 강화라고 부를 수 있는데, 이 또한 대구의 경험에서 교훈을 얻을 수 있다. 공공병원이나 병상의 기본선을 확보해도 필요와 요구가 넘치면 공공뿐 아니라 시장원리의 지배를 받는 민간도 마치 공공처럼 기능해야 한다. 민간 자원을 동원하고, 행정 구역을 넘어 협력하여 환자를 이송할 수 있어야 하며, 관리 주체와 무관하게 연수원이나 숙박시설까지 활용할 수 있어야 한다. 여러 분야의 담당자, 자원, 책임, 소통이 조정, 연계, 통합되어야 이런 종합적 대응이 가능하다. 흔히 말하는 공공-민간 협력이 아니라 민간 부문까지 공적 체계로 편입하여 통합적으로 운용해야 하니, 이를 공적 시스템 강화라 부를 수 있다.

감염이 전국화하는 경향을 보였다고 했지만, 이는 아울러 ‘지역화’와 함께 진행된다. 대구를 비롯해 단기간에 많은 환자가 발생한 지역이 있는가 하면, 일부 지역은 확진자와 중환자가 적어 병원 수요가 미미한 곳도 있었다. 지역화란 점에서는 전통적 방역과 사회적 거리 두기도 마찬가지로, 지역에 따라 위험이 다르므로 대응 방법도

지역 맞춤형이어야 한다. 대응에 필요한 자원과 역량도 당연히 지역 차가 나타난다. 이런 맥락에서, 앞서 말한 공공성 강화의 두 가지 전략, 즉 공공보건의료의 기본 ‘양’을 확보하고 공공보건의료 시스템을 강화하는 실천의 장(場)도 지역화가 불가피하다.

3.3. 사회체제의 공공성

감염병 유행에 적절하게 대응하는 데는 보건의료체계를 넘어 여러 사회체계가 통합적으로 기능하는 것도 중요하다. 예를 들어 코로나19의 지역사회 감염과 집단감염을 억제하는 데는 방역 당국과 보건의료 당국뿐 아니라 정부의 여러 부처가 큰 역할을 했다. 중앙정부의 지휘, 통괄 기능과 아울러 영역별로 보건복지부-의료, 요양, 복지기관, 교육부-학교, 고용노동부-사업장, 국방부-군대, 지방정부-소규모 사업장과 업체 등으로 구분되어 사회적 차원의 방역(예를 들어 사회적 거리 두기)을 실천할 수 있었다.

문제는 현행 사회체계/체제가 감염병 대응에 할 수 있는 역할이 제한적이라는 점이다. 예를 들어, 교육 당국은 학교를 닫음으로써 감염병 유행을 억제하는 데 이바지했지만, 바로 그 교육체제 때문에 일정 기간 이상 사회적 거리 두기를 할 수 없는 딜레마에 직면해 있다. 유행이 길어질수록 사회적 거리 두기의 ‘불가능성’은 점점 더 뚜렷해질 것이다. 사회적 거리 두기를 실천할 수 있는 집단을 위해 또 다른 어떤 집단은 위험을 감수해야 하며 더 많이 노동의 부담을 져야 한다. 불평등은 극단까지 나빠진다. 이런 구조라면 당연히 방역은 불안전하고 사회는 더 불안하다.

사회적 거리 두기와 봉쇄는 ‘필수(essential) 노동’이 무엇인지 확인하는 구실을 했지만, 아울러 사회적 거리 두기를 비롯한 ‘비약물적(사회적)’ 방역이 체제의 근간을 흔든다는 사실을 드러냈다. 모든 사회구성원이 완전히 사회적 거리 두기를 실천하면, 그리하여 공장과 직장까지 멈추면, 결국 자본주의 시장경제체제가 무너지는 딜레마, 아니 체제적 모순이 사회적인 것의 본질이다.

구조적으로는 ‘권력관계’의 불평등과 불균형이 핵심이라는 점을 지적하고자 한다. 자본주의 시장 경제에서 학교, 종교단체, 자산가와 부유층, 전문직 등은 비교적 쉽게 이 방법을 실천할 수 있으나, 노동자나 영세 자영자, 중소기업 등은 상대적으로 사회적 거리 두기를 실천하기 어렵다. 노동을 강제하거나 소득 감소를 보전하는 데는 예외 없이 ‘권력’ 문제가 개입하기 때문이다. 미국의 많은 노동자는 시간제 임금을 받거나 유급휴가가 없어 일을 쉴 수 없고, 따라서 이들에게 일터에 나가지 않는 사회적 거리 두기는 실천할 수 없는 방역 기술이다.

사회체계/체제에 내재한 권력 관계의 한계를 넘을 때 앞서 강조한 ‘사회적인 것’의

역할이 도약할 수 있다. 상병수당이 충분하다면 아플 때 직장을 쉬자는 방역 지침을 훨씬 쉽게 실천할 수 있고, 노동자의 권리가 보장될수록 작업장 환경을 좀 더 안전하게 고칠 수 있다. 이는 감염병 유행을 예방하거나 억제하는 데, 또는 사회경제적 피해를 최소한으로 줄이는 데 사회체제 여러 층위에서 민주주의 또는 ‘민주적 공공성’의 역량이 축적되고 발휘되어야 한다는 것을 뜻한다. 민주적 공공성은 감염병 확산을 억제하는 유력한 방법일 뿐 아니라(도구적 가치), 사회구성원과 당사자가 스스로 중요한 의사결정과 실천 방법에 직접 참여한다는 의의가 있다(내재적 가치).

4. 국제보건과 국제 정치경제

4.1. 팬데믹과 국제적 대응의 필요성

개별 국민국가가 각자도생 식으로 팬데믹에 대응하는 상황은 역설이자 모순이다. 코로나19의 발생과 유행부터 그랬지만 이 사태가 완전히 세계적, 지구적 차원의 문제임은 처음부터 분명했다. 마땅히 세계 차원으로 대응해야 하나, 현실은 국가별 대응, 그것도 고립주의적이고 자국 중심적 경향이 뚜렷하다.

한국은 그 어느 나라보다 ‘전지구적 코로나’의 영향이 더 크다. 감염병이 외국에서 유입되었고 많은 감염자가 외국에서 들어왔다는 사실은 한 가지 단면일 뿐, 사회경제적으로는 어떤 나라와 비교해도 교역과 외국 경제 의존도가 높은 곳이다. 각 나라가 각자도생의 원리에 의존할 때 가장 큰 피해를 볼 것이 뻔하다.

심지어 자국 중심으로 보더라도 코로나19의 세계화, 즉 팬데믹이 던지는 메시지, 그리고 이에 담긴 보편적 원리는 분명하다. 각 나라가 코로나 발생을 억제하고 안정되는 것은 단지 출발일 뿐, 세계가 같이 해결해야 개별 국가도 안전할 수 있으며 빠르게 경제를 회복할 수 있다. 세계적 연대는 그저 구호가 아니라 스스로 사는 유일한 길이기도 하다. 코로나에 대응하는 각 나라 시민은 아울러 세계 시민이어야 한다.

현실은 국민국가 중심으로 팬데믹에 대응하지만, 그 모순과 불가능성이 점점 더 크게 드러날 가능성이 크다. 예를 들어, 가장 강력한 국가 간 이동 금지로도 감염 확산을 막을 수 없고, 가능하다 하더라도 한 국가의 사회경제적 고립은 일정 기간을 넘기 어렵다. 생산과 소비가 세계 모든 국가를 연결하는 국제적 경제체제에서 특정 국가의 감염병 유행이 간접적으로 다른 나라에 영향을 미치는 것도 무시할 수 없다.

팬데믹은 국민국가와 국제사회(글로벌 커뮤니티) 사이의 긴장을 피할 수 없으며, 말 그대로 모든 나라에서 “끝날 때까지 끝난 것이 아니다.” 벌써 유행이 끝났다고 선언한 국가가 나타나지만 팬데믹의 특성상 한 국가만의 종식은 성립할 수 없다. 이제라

도 글로벌과 지역(regional) 수준의 협력과 연대가 절실한 이유다. 문제는 기존 국제체제의 무력함이 드러난 지금 새로운 협력 체제를 어떻게 구축할 수 있는지 하는 것이다.

아직 명확하게 전망하기는 이르나, 새로운 국제체제의 원리가 코로나19 유행과 그 대응이 남긴 교훈에 기초해야 한다는 것만큼은 분명하다. 그중에서 가장 큰 교훈은 팬데믹이 시작됨과 동시에 대부분 국제 거버넌스가 사실상 붕괴하고 개별 국가 중심, 특히 이른바 강대국 중심의 국제질서로 되돌아갔다는 점이다.

따라서 코로나 이후 새로운 관계란, 국가권력이 구성하는 ‘국제관계’를 넘어 좀 더 넓고 깊으며 강한 시민의 연대와 협력을 토대로 삼아야 할 것이다. 이를 관통하는 핵심 원리는 세계 수준과 범위의 공공성, 즉 세계 시민이 실천해야 해야 할 ‘민주적 공공성’이 아닌가 한다.

4.2. 국제보건과 불평등 완화

그동안 국제적 수준과 범위에서 공공성을 실천하는 가장 유력한 메커니즘이자 수단은 넓은 의미의 국제 협력이었으며, 보건의료 영역에서는 국제보건이 국제 협력의 실천을 대표해 왔다. 코로나19 유행이 금방 끝날 것으로 예상하기는 어렵지만, 코로나 이후 국제 협력과 국제보건도 필시 ‘뉴노멀’로 변화할 수밖에 없을 것이다.

과거를 그대로 회복하기는 불가능하다고 할 때, 뉴노멀의 토대를 이루는 원리는 무엇일까? 포스트 코로나의 세계체제에서 자국 중심주의가 더 강화될 것이라는 전망이 실현되면, 새로운 국제 협력과 국제보건 또한 각 국가의 이해관계를 그대로 반영할 공산이 크다. 중국을 옹호한다는 이유로 세계보건기구에 대한 재정적 기여를 중단하겠다고 선언한 미국의 태도는 이러한 변화를 상징하는 것일 수도 있다.

새로워 보이지만 어떤 의미에서는 이미 익숙한 것일 수도 있다. 국제 협력의 다양한 동기 가운데 가장 설명력이 높은 것 중 하나가 ‘현실주의(현실론)’로, 이는 국제 협력이나 국제보건의 윤리적 근거가 따로 존재하지 않고, 참여와 실천은 오로지 각 나라의 자기 이해에 기초해 있다고 주장한다. 코로나19 유행과 팬데믹 상황에서 개별 국가가 행동하는 방식은 이미 이런 현실론과 가장 가까운 것으로 보인다.

건강과 보건을 둘러싼 국제 협력의 원리는 현실주의와 잘 조화하지 않는다. 조화하기 어렵다는 것이 더 정확한 표현일 것이다. 국제보건의 전통은 현실론과 멀리 떨어져 있는데, 많은 행위자가 동의하는 국제보건의 핵심 가치는 국내, 국제적으로 건강 불평등을 줄인다는 것이다. 여기서 건강 형평성은 인도주의의 본질 또는 근본 동기와 완

전히 부합하는 것으로, 국제 협력의 현실론으로는 이런 지향성을 설명하기 어렵다.

건강 형평성이 좀 더 근본적인 도덕적 질문, 즉 사회 정의가 무엇인가 하는 질문과 연관이 있다는 점도 중요하다. 롤스(John Rawls)와 센(Amartya Sen) 등이 주장하는 대로 공정한 기회(opportunity)나 능력(capability)이 사회 정의의 핵심이면 건강의 형평은 이를 가능하게 하는 핵심 요소라 할 수 있다. 건강은 모든 사람에게 동등하게 적용되는 보편적 권리이며, 이것이 불평등한 상태는 정의롭다고 할 수 없다. 그 사람이 어느 장소에 있든 혹은 어떤 사회적 관계에 속하든 마찬가지이다.

세계화된 감염병, 즉 팬데믹은 직접, 간접으로 국가 내, 국가 간 불평등을 조장하며 촉진한다. 국제보건학의 협력이 형평성을 토대로 하는 것이라면 팬데믹이야말로 국제보건학의 가치와 목표를 달성해야 하는 핵심 과제다. 국제 협력과 국제보건학의 자원이자 방법인 시민의 연대와 협력 또한 우연적이고 무차별적이기보다는 팬데믹의 모든 측면과 단계에서 불평등을 줄이고 없애는 쪽을 지향한다.

4.3. 불평등의 정치경제 - 약품과 백신의 경우

팬데믹의 정치경제, 특히 이를 둘러싼 불평등한 국제 질서를 눈에 띄게 드러내 보이는 것이 앞으로 팬데믹 대응의 핵심 요소가 된다는 백신과 치료 약품이다. 물론, 이 불평등은 코로나19에만 해당하지 않는다. 보건의로 자원 중에서도 특히 약품과 백신에는 이윤 창출과 자본 축적을 핵심 목표로 하는 국제적 제약기업과 자본이 개입하는 일이 흔하다. 신자유주의적 자본주의 질서에서 이를 둘러싼 정치경제는 필연적으로 국제와 국내 불평등을 초래한다.

예를 들어, 미국, 유럽, 일본 등의 다국적 바이오제약 기업은 지식재산권을 매개로 각국 정부의 통상 정책과 국제무역기구(WTO)에 영향을 미치려 하며, 때로 국가권력을 동원한 통상 보복도 마다하지 않는다. 1987년 6월 미국제약협회는 브라질이 자신들의 약에 대한 지식재산권을 침해한다고 무역대표부에 제소했고, 협상이 실패하자 레이건 행정부는 관세를 크게 올리는 방식으로 브라질을 제재했다. 이후 미국과 브라질 사이의 교역, 그리고 브라질 국민의 약품 이용과 비용 부담이 어떻게 변화했는지 쉽게 예상할 수 있다.

코로나19에 대한 백신과 치료 약제는 실용화되기 전이어서 혁신 신약과는 다르지만, 이윤을 최대화하고 자본을 축적하려는 다국적 제약기업의 동기 또는 이해관계는 그 원리가 크게 다르지 않다. 이들 다국적 제약사 또는 바이오기업은 미래에 충분한 수익이 보장되지 않으면 백신과 치료제 개발에 나서지 않으려 한다. 최근 경쟁적으로 백신과 치료제 개발에 참여한다는 많은 기업도 실물에서 얻을 이익보다는 주식시장에

서 기업 가치를 올려 금융 수익을 추구하는 행태를 보인다.

치료제와 백신이 개발된 후 한정된 자원을 어떻게 배분하는지도 이와 무관하지 않은 중요한 관심사이자 과제다. 개발, 생산, 배분의 전체 과정이 시장 논리에 충실할수록 국가 내, 국가 간 불평등이 커지는 것은 분명하다. 저소득국가에서, 그중에서도 저소득층은 백신과 치료제에 접근하기 어려울 것이다.

이런 불평등에 대응하려는 노력 가운데 하나가 바로 공공성에 기초한 국제 협력이다. 대표적인 예가 세계보건기구를 중심으로 한 지식재산권의 공공성 강화 움직임으로, 코로나 팬데믹이 촉발한 새로운 국제보건 거버넌스의 단초라 할 수 있다. 2020년 5월 열린 세계보건총회는 코로나19 대응에 진단기기, 치료제, 백신 및 기타 의약품을 공평하게 사용할 수 있도록 지식재산권의 장벽을 제거하자는 결의안을 채택했다. 한편, 백신에 대한 연구개발과 임상시험 등도 국제 네트워크를 구성하고 시장 논리를 넘어 공공성을 강화하려는 움직임이 활발하다.