

글로벌 보건거버넌스와 국제협력 메커니즘의 변화: 국제보건규칙 개정 사례를 중심으로

민 병 원 | 이화여자대학교 정치외교학과 교수*

진 경 인 | 이화여자대학교 정치외교학과 석사**

2005년 국제보건규칙의 개정은 복잡하고 다변화되는 국제보건문제에 대한 다년간 협력의 새로운 양상을 드러내 주었다. 이 규범은 그 동안 국제보건협력에 있어 중심축의 역할을 수행해 왔는데, 세계화 시대의 새로운 위협에 대응하기 위한 적극적인 개정을 통해 글로벌 보건거버넌스(GHG)의 새로운 모습을 구현하고 있다. 이러한 변화는 고전적 패러다임을 떠받치던 국가 중심의 문제해결 방식을 뛰어넘어 보다 보편적인 접근방법이 필요하다는 인식을 기반으로 한다. 이 논문에서는 GHG의 역사적 배경을 바탕으로 하여 국제보건규칙(IHR)으로 대표되는 고전적 국제보건협력의 특징을 논의하고, 21세기에 들어와 그것이 새롭게 개정되는 과정에서 드러난 GHG의 성격을 진단한다. 이를 통해 보건 분야의 국제협력이 이루어지는 구체적인 모습을 그려 내면서 글로벌 차원의 위기와 도전에 대하여 국제사회의 구성원들이 어떻게 대응해 나가는지를 살펴본다.

주제어: 글로벌 보건거버넌스, 국제보건규칙, 국제협력, 전염병, 세계보건기구

* 제1저자

** 공동저자

I. 들어가는 말

인류 역사에서 전염병은 예고 없이 출현하여 많은 사람들의 목숨을 위협하는 심각한 사회적 문제가 되어 왔다. 전염병은 사람들이 온전한 삶을 영위할 수 없는 상태로 전락시키고 사회적 기능을 마비시키곤 했는데, 14세기 페스트로부터 20세기 스페인 독감과 다양한 신종 전염병, 21세기의 SARS, 조류독감, 신종플루 등 전염병은 인류의 역사에 끊임없이 등장하면서 심각한 경제적·사회적 피해와 더불어 생명에 대한 위협을 제기해 왔다. 과학기술의 발전으로 사람들의 이동이 증가하고 그 속도가 빨라지면서 전염병 문제는 더욱 심각해지기 시작했다.

전염병에 대한 위기의식은 19세기 중반 유럽에서 콜레라가 확산되던 시기에 극대화되었는데, 이때부터 대외교류와 무역을 통한 전염병의 확산을 막고 국가 간 협력을 촉진하기 위한 노력이 가속화되었다. 하지만 당시의 국제협력은 미미한 단계에 머물러 있었다. 의학기술의 수준은 여전히 일천했으며 콜레라, 페스트, 황열, 천연두 등 전염병들이 발생하고 전파되는 요인도 명확하게 규명되지 않고 있었다. 20세기에 들어와 검역 및 위생 체계가 개선되고 의학기술이 발전하면서 전염병을 둘러싼 국제협력도 점차 증가하기 시작하여 오늘날 세계보건기구(WHO)의 설립으로 이어지게 되었다.

한편 이와 같은 진전에도 불구하고 전염병 문제는 21세기에도 여전히 인류의 생존을 위협하고 있다. 이미 자취를 감추었다고 간주했던 전염병이 다시 출현하기 시작했고, 항생제로 다스릴 수 없는 바이러스 또는 이전에 알려지지 않았던 새로운 전염병까지 등장하고 있다. 1980년대 HIV/AIDS의 등장, 2001년 9·11 사태 이후의 바이오 테러리즘 우려, 2002년의 SARS와 인플루엔자 바이러스의 확산 등 전염병과 보건문제는 국제사회의 안녕과 평화에 끊임없이 심각한 위기의식을 불러 일으켰으며, 이를 해결하기 위한 국제적 노력의 필요성을 더욱 배가시켜 왔다.

이런 상황에서 WHO를 중심으로 한 글로벌 차원의 보건관리 메커니즘인

국제보건규칙(International Health Regulations, 이하 IHR로 약칭)의 변화는 복잡하고 다변화되는 국제보건문제와 그에 대한 다자간 협력의 새로운 양상을 드러내 주었다. 1969년에 제정된 IHR은 국가 간 보건협력에 있어 중심축 역할을 수행해 왔는데, 2005년에 대폭 개정됨으로써 새로운 전환의 계기를 맞이했다. 이러한 변화는 신종 전염병의 출현, 의학기술의 발전, 그리고 국제무역의 성장을 배경으로 하고 있는데, 특히 세계화의 추세 이후 건강과 안보에 대한 관심이 커졌다는 점도 주요한 원인으로 꼽히고 있다. 이러한 변화는 “국가 중심”의 고전적 문제해결 패러다임을 뛰어넘어 한층 보편적인 “글로벌 보건거버넌스(Global Health Governance, 이하 GHG로 약칭)”를 향한 움직임을 잘 보여 주고 있다.

이 논문에서는 GHG의 역사적 배경을 바탕으로 하여 IHR로 대표되는 고전적 국제보건협력의 특징을 논의하고, 21세기에 들어와 그것이 새롭게 개정되는 과정에서 등장한 GHG의 성격을 진단한다. 이를 통해 보건 분야 국제협력의 구체적인 모습을 그리면서 글로벌 차원의 위기와 도전에 대한 국제사회의 대응과정을 살펴본다. 제II장에서는 GHG에 대한 기존의 논의와 이론적 배경을 소개하고, 이어 제III장에서는 GHG의 역사적 배경을 살펴본다. 제IV장에서는 구체적 사례인 IHR의 역사적 기능과 더불어 그것이 2005년에 들어와 개정되기까지 어떤 논의과정이 있었는가를 다루고, 제V장에서는 이러한 IHR 개정이 국제정치의 협력 메커니즘이 변화하는 과정에서 어떤 이론적 의미를 함축하는지를 집중적으로 논의한다.

II. 기존의 연구현황과 이론적 논의

국제정치학에서 GHG에 대한 관심은 비교적 최근에 들어와 증가하기 시작했다. 1990년대의 탈냉전기에 선진국들을 중심으로 안보 개념이 재정립되었고, 그 일환으로서 국가안보를 위협하는 국제보건문제가 새롭게 각광받기 시작했다. SARS, 조류 독감, 신종 인플루엔자 등 21세기 초에 발생한 국제

보건상의 위기로 말미암아 “국제보건안보(international health security)”라는 별도의 어젠다가 수립되는 정도에 이르렀다(Youde, 2005). 국제보건위기가 국가 간 외교관계를 어떻게 형성하는지, 국제사회가 이러한 공동의 위기에 어떻게 대응할 수 있는지에 대한 연구도 이루어졌다(Heymann, 2003). 점증하는 국제사회의 전염병 문제가 안보의 시각에서 이해될 필요가 있다는 주장에 이어 신속한 초기 대응 구축하기 위한 국제협력을 공고하게 모색해야 한다는 주장도 등장해 왔다(이상환, 2008; 이상환, 2009).

한편 세계화의 추세로 인하여 국제보건문제가 제기하는 위협도 점차 커지고 있는데, 이런 맥락에서 국제보건문제와 국제정치 사이의 접점에서 새롭게 부상하는 “인간안보(human security)” 어젠다에 주목할 필요가 있다. 인간안보 개념은 1994년 국제연합 개발프로그램(UNDP) 연례보고서에서 정립되었는데, “공포로부터의 자유 및 궁핍으로부터의 자유”를 그 핵심 내용으로 정의하였다. 이를 위해 경제, 식량, 건강, 환경, 개인, 사회, 정치 등 7가지 영역의 위협에 대응할 준비를 해야 한다는 것이 보고서의 골자였다. 협의의 인간안보 개념은 생존을 위협하는 “특정 요인으로부터의 자유”인 반면, 광의의 개념은 인간 개개인의 능력, 권리, 활동 등을 “실현할 자유”를 뜻한다. 전자가 빈곤, 자연재해, 강제적 이동, 신체적·구조적 폭력을 포함하는 최소한의 안보라면, 후자는 부(富)나 자아실현을 위한 인간 개개인의 능력, 권리, 활동 등을 포함하는 최대한의 안보이다(이신화, 2006: 70-77). 국제보건문제는 협의의 인간안보 개념에 속하지만, 생존을 위협하는 보건위기로부터의 자유를 추구하는 안보문제로 다루어지기도 한다.

그러나 국가안보의 시각에서만 이 문제를 다룰 경우 점증하는 국제보건위기가 국제사회에 어떤 영향을 끼치는지를 제대로 파악하기 어렵다. 이 문제와 관련하여 수많은 비(非)국가 행위자들의 영향력이 점차 확산되고 있을 뿐만 아니라, 이들 사이의 상호작용이 가속화되면서 전통적인 국가 행위자의 관할권이 위협받는 지경에 이르렀기 때문이다(Lee, 2009). 따라서 국제보건문제를 단순히 국가 행위자를 중심으로 한 안보 이슈로 다루는 것은 심각한 편향성을 초래할 수 있다. 이런 맥락에서 국가와 다양한 비(非)국가 행위자들 사이의 상호의존적 메커니즘을 GHG의 관점에서 살펴보는 일은 의미가

있을 것이다.

GHG의 시각에서 국제보건협력을 논의하는 일은 정치학 뿐 아니라 국제법 분야에서도 활발하게 이루어지고 있다. 국제법 분야에서는 IHR이 갖는 효력, 의의, 한계와 개선 방향 등에 논의의 초점을 맞추어 왔는데, 피들러(David Fidler)의 논의를 기반으로 IHR의 대한 법적 효과에 대한 분석과 더불어 글로벌 거버넌스의 부상과 발전, 특징과 한계점에 관한 연구들이 진행되고 있다. 이러한 연구들은 IHR이 전염병과 같은 국제적인 보건문제를 해결하기 위해 고안한 GHG의 중심 요소라고 보고, 효과적 대응조치를 모색하기 위한 방법에 집중하고 있다(김성원, 2007; 이현조, 2006; 장신, 2007). 그러나 이러한 연구들은 법적 연구의 속성상 “법”과 “제도”의 측면에만 중점을 두고 있기 때문에 국제보건문제를 다루는데 있어 내부의 논의 과정, 개별 행위자들 사이의 갈등 및 해결 메커니즘 등 국제질서의 정치적 측면에 대해서는 충분하게 논의하지 못하고 있는 실정이다.

세계화의 추세 속에서 국제보건문제를 다루기 위한 공동의 노력은 GHG라 불리는 거시적인 국제협력의 패턴을 만들어 왔다. GHG를 구성하는 행위자의 유형과 숫자도 급증하였는데, 각국 정부, 연구 집단, 제약회사를 포함하는 초국가기업, 자선단체, WHO나 세계은행과 같은 국제기구 등 다양한 행위자들이 글로벌 보건문제를 해결하는데 적극 관여하고 있다. GHG에 관한 기존의 연구들은 이러한 행위자들이 보건위기를 공동으로 관리하는 과정에서 어떤 이해관계를 지니고 있으며 어떤 협상과정을 통해 해법을 찾아가는가를 주된 탐구대상으로 삼고 있다.

물론 이러한 글로벌 거버넌스의 확산에 대한 비판적인 시각도 여전히 존재한다. GHG가 “글로벌 거버넌스”의 일반적인 논의와 마찬가지로 다양한 행위자들 사이의 수평적 권한 분산에만 초점을 맞추기 때문에 국가권력의 역할을 제대로 인식하지 못하는 한계를 지니고 있기 때문이다. 이런 시각에 따르면, GHG는 “거버넌스”의 외양에도 불구하고 사실상 강대국을 중심으로 한 배타적 집단의 “정치적 도구”에 불과하다고 할 수 있다(Fidler, 2002: 9). 이 논쟁의 핵심에는 국제보건협력의 변화 속에서 웨스트팔리아(Westphalia) 체제가 지탱해 온 주권국가의 이념이 과연 새로운 형태의 거버넌스로 바뀌었

는가 하는 질문이 자리 잡고 있다.¹

이런 맥락에서 GHG에 내재된 소규모 다자주의 또는 배타적 이해관계의 본질에도 주목할 필요가 있다. 세계화로 인하여 다양한 행위자들이 등장하고 수평적 분권화가 가속화되었지만, 소수의 국제기구, 초국가기업, 그리고 강대국들이 비대칭적인 영향을 미치고 있다는 점도 부인하기 어렵다. 이에 따라 GHG가 세계시민사회의 대표적인 상징이라기보다 전통적인 국가의 영향력이 잔존하기 때문에 나타나는 현상이라는 주장도 있다.² 그만큼 오늘날의 GHG는 기존 프레임워크를 뛰어넘어 복잡한 양상으로 전개되고 있으며, 이를 제대로 이해하기 위해서는 구체적인 현상에 대한 분석과 복합적인 이론들이 요구된다(Lee, 2009: 27-37; Ng and Ruger, 2011: 8-10). 이와 같이 GHG의 다변화된 모습은 전통적인 국제협력의 프레임워크에도 큰 변화를 야기하고 있는데, 기존의 “국제적” 차원의 협력을 넘어 국가 간 경계가 허물어지는 “글로벌” 차원의 협력 메커니즘은 이러한 변화의 산물이라 할 수 있다.

이 논문에서는 IHR 개정을 둘러싼 국가들 사이의 관계와 글로벌 차원의 문제해결 과정이 전통적인 국가 중심적 패러다임을 뛰어넘어 다양한 행위자들이 동시에 관여함으로써 복잡한 문제를 집단적으로 해결하기 위한 하나의 분산형 거버넌스(governance) 패러다임을 모색해 왔다는 점을 강조한다. 따라서 보건 분야에서 글로벌 거버넌스라는 새로운 현상을 전면에 내세우는 근거로서 국가 뿐 아니라 국제기구, 비정부기구, 초국가기업 등 다양한 행위자들의 참여를 통한 공동의 문제해결 과정에 주안점을 두고자 한다. 특히 보건 문제의 복잡성과 긴급성이 증가함으로써 개별 국가 차원에서 겪는 한계를 부각시키고자 한다. 아울러 다양한 행위자들과 그들 사이의 연계성이 어떻게

-
1. 데이비스(Sara Davies)는 GHG 개념만으로 국제보건협력을 이해하기 어렵다고 주장한다. WHO를 중심으로 한 전염병 감시체계가 선진국들의 이해관계에 따라 결정되기 때문이다. 하지만 1990년대에 급부상한 신종 전염병들은 많은 국가들로 하여금 국제보건문제에 대한 위기의식을 공유하고, 감시 및 대응조치를 강화하도록 만들었다. 선진국 이해관계를 반영한 “안보화(securitization)”의 노력을 통해 전염병 감시체계가 발전되어 온 것도 이런 맥락에서 이해할 수 있다(Davies, 2008: 298-302).
 2. 리치(James Ricci)는 새로운 GHG가 국가 및 다른 행위자들 간의 복잡한 관계를 충분하게 설명하지 못하고 있다고 비판한다. 나아가 전염병 등 국제적인 문제를 다루는데 있어 “국제 공중보건사회”의 핵심적인 축으로서 “국가”라는 행위자를 등한시할 수 없다고 본다(Ricci, 2009: 10-15).

강화되는가의 과정을 살펴보고자 한다. 이러한 기본적인 프레임워크를 통해 이 논문에서는 보건 분야에서 글로벌 거버넌스가 GHG라는 새로운 현상으로 진화하고 있는지, 아울러 그 한계는 무엇인지에 관해 심층적으로 논의할 예정이다.

III. 글로벌 보건거버넌스의 역사적 배경

농경문화의 발전과 더불어 정착생활이 시작되면서 눈에 띄지 않는 박테리아나 바이러스의 공격은 인간의 생명을 끊임없이 위협해 왔다. 로마 제국의 확장과 함께 천연두, 임질, 선페스트, 말라리아 등과 같은 다양한 전염성 질병들이 등장했으며, 중세의 십자군 원정으로 천연두와 홍역이 유럽에 확산되면서 많은 피해를 야기했다. 14세기에 페스트의 대유행이 시작되면서 서유럽 인구가 대폭 감소했는데, 이때부터 여행과 선박의 항행을 통제하는 검역조치가 이루어지기 시작했다(McNeill, 1976). 15세기에는 베니스에 검역소가 설치되었고, 16세기부터 일부 국가에서는 보건증 제도가 확립되었다(Zacher and Keefe, 2008: 2-7).³ 한편 신대륙과 유럽 간의 교류가 활발해지면서 치명적인 질병들이 대륙 간에 대량으로 전파되었다.

19세기의 나폴레옹 전쟁은 티푸스와 이질 등을 확산시킴으로써 전쟁에 참가한 군인들뿐만 아니라 도시의 거주민들에게도 큰 피해를 입혔다. 특히 1817년부터 6차례에 걸쳐 세계적으로 유행한 콜레라는 치명적 결과를 초래했다. 콜레라는 인도의 토착 전염병이었으나 이곳에 주둔하던 영국군과 무역로를 따라 다른 지역으로 퍼져 나갔다. 당시 중동을 오가던 성지 순례자들과 대 아시아 교역으로 인하여 유럽은 콜레라에 무방비로 노출되어 있었다. 19세기 초에는 콜레라가 인도에서 유럽과 미국으로 전파되었고, 중반에는 영국

3. 당시의 보건증은 여행 출발지역의 대학에서 건강상태 및 인상착의를 기록하는 형태로 발행되었다. 각 도시에 대한 출입은 군대가 철저히 관리했으며, 보건증 없이 다른 도시를 출입하는 일은 매우 어려웠다(Eager, 1903: 18-20).

에서, 그리고 후반에는 러시아까지 콜레라가 맹위를 떨쳤다.⁴ 당시까지만 하더라도 콜레라에 대한 올바른 이해나 효과적인 치료가 불가능했기 때문에, 유럽 국가들은 공중위생을 개선함으로써 질병의 예방에 힘썼다. 그러나 국가마다 공중위생의 기준이나 검역설비가 서로 달랐기 때문에 콜레라의 확산을 제대로 저지하기가 어려웠다. 이에 서유럽의 몇몇 국가들은 개별적인 노력보다 “공동의 협력”이 필요하다는 인식에 도달했고, 초국가적 전염병에 대처하기 위한 국제적인 노력에 착수하였다(Howard-Jones, 1975).

1851년 파리에서 개최된 국제위생회의(International Sanitary Conference, 이하 ISC로 약칭)는 이러한 노력이 가시화된 최초의 사례였다. 하지만 ISC는 기대했던 만큼 성과를 거두지 못했는데, 국가 간의 협정을 체결하는데 오랜 시간을 필요로 하였고 이를 실천하는 데에도 많은 제약을 안고 있었다(Birn, 2009: 51-53). ISC가 실질적으로 회원국들에게 적용되기 위해서는 협정이 국가별로 비준되어야 했는데, 40여 년이 지나도록 이 협약은 회원국 전체의 비준을 얻지 못한 채로 남아 있었다(Howard-Jones, 1950: 1034). 뿐만 아니라 검역조치로 인한 무역량 감소를 우려한 회원국들이 이 협정에 대해 유보적 입장을 취하면서 전염병 확산을 억제하기 위한 본래의 목표를 달성하는데 매우 소극적인 입장을 취하고 있었다.

무엇보다도 ISC를 통해 전염병을 효과적으로 예방하고 통제하기에는 19세기의 과학수준이 일천한 수준을 넘어서지 못하고 있었다. 당시에는 박테리아나 바이러스에 대한 의학적 탐구가 거의 이루어지지 않았기 때문에 전염병을 일으키는 요인조차 파악하지 못했다. 콜레라를 일으키는 박테리아가 판명된 것은 1893년에 들어와서였으며, 그 이전까지 각국 전문가들 사이에서는 전염병의 원인을 둘러싸고 치열한 논쟁이 전개되었다(Howard-Jones, 1975: 48).

4. 19세기 이래로 콜레라의 확산은 6차례에 걸쳐 이루어졌다. 제1차는 인도에서 시작하여 버마, 싱가포르, 중국, 페르시아를 비롯해 이집트, 시리아까지 확산되었고, 제2차는 러시아 지역에 큰 피해를 입히면서 유럽 전역뿐만 아니라 북미 지역까지 전파되었다. 19세기 중반의 제3차는 인도, 중국, 페르시아, 유럽, 남아프리카로 퍼졌고, 제4차 대유행은 인도, 메카, 터키, 북유럽, 아메리카, 서아프리카에서 기승을 부렸다. 19세기 후반의 제5차 대유행은 인도, 이집트, 러시아, 중국, 일본, 미국과 일부 유럽에서 일어났다. 마지막 대유행은 인도, 중동, 유럽을 포함하여 동아시아 지역에게까지 큰 피해를 입혔다(Dodgson and Lee, 2000: 218-220).

또한 개별 국가들의 위생 및 보건정책은 정치적·행정적·경제적·지리적 요인에 의해 큰 영향을 받고 있었는데, 과학적 발견이나 전염병에 대한 지식은 선별적으로만 채택되었다. 서로 다른 이해관계에 따라 다양한 보건정책을 추진하던 19세기의 국가들 사이에 국제적 공조를 기대하기는 어려운 일이었다 (Baldwin, 2005: 524-540).

20세기 초에 들어서면서 ISC의 역할은 이전과 확연한 차이를 보이기 시작했다. 과학의 발전에 힘입어 전염병에 대한 표준 대처방안이 마련되었고, 인적 교류와 무역의 증가에 따라 전염병을 예방하고 통제하기 위한 노력이 더욱 탄력을 받게 되었다. 이에 따라 ISC에 대한 비준이 본격적으로 재개되었는데, 1948년에는 국가 간의 보건문제를 전담할 국제기구로서 세계보건기구(World Health Organization, 이하 WHO로 약칭)가 설립되었다. WHO는 국제보건문제를 전문적으로 관리하는 임무를 부여 받았는데, 여기에는 ISC 서명국들의 국내 비준이 서로 다른 시기에 서로 다른 조항을 대상으로 산발적으로 이루어짐으로써 교역에 큰 불편을 초래해 왔다는 점이 고려되었다 (Stowman, 1952: 972).⁵ 1951년 WHO는 국제위생규칙(International Sanitary Regulations, 이하 ISR로 약칭)을 제정하여 산발적이고 제한적으로 존재하는 위생협약들을 하나로 통합하였고, 제2차 세계대전 이후에 등장한 신생 국가들을 포함하여 변화하는 현실에 보다 부합하는 보건협약을 만들고자 하였다 (Jacobini, 1952: 194-195).

이와 같이 ISR로 새롭게 거듭난 국제보건협약은 국제사회가 보건문제를 공동으로 관리하기 위한 최초의 통일된 규칙이라는 의미를 갖는다. 개별 국가들은 이 규칙을 바탕으로 국제적인 검역과 전염병에 대한 감시조치를 수행하기 시작했다. 이 같은 국제사회의 분위기 변화는 보건분야의 협력을 추진하는데 장애가 되어 오던 오랜 갈등에 종지부를 찍고 새로운 협력 메커니즘을 만들어 내는 중요한 계기가 되었다. 1969년에 이르러 ISR은 국제보건규칙(IHR)으로 개편되었는데, 이로써 19세기 이래로 국가 간의 무역과 상호

5. 일례로 국제항공위생협약은 불과 29개의 국가만이 비준하였으며, 14개 국가들은 여전히 1933년에 채택된 원래의 협약을 고수하고 있었고 일부 국가들은 유보조항을 무시하고 있었다.

교류에 미치는 불편을 최소화하면서 전염병의 확산을 방지해 온 국제보건협력력이 WHO와 IHR이라는 체계적인 제도와 규범으로 자리 잡게 되었다.

국제보건문제를 해결하기 위한 국제사회의 노력은 1980년대 초에 들어와 WHO가 천연두의 근절되었음을 선언하면서 그 정점에 달했다. 이는 의학을 포함한 생물학, 약학 등 과학기술 전반에 걸쳐 눈부신 발전이 이루어졌으며, 그에 힘입어 페니실린을 비롯한 항생제, 백신, 그리고 다양한 치료제가 꾸준히 개발 및 개선되었기 때문이었다. 그 결과 말라리아와 결핵 등 끊임없이 인류를 괴롭혀 온 전염병들을 하나씩 근절할 수 있었으며, 미생물학과 약리학을 통해 국제보건문제를 해결할 수 있다는 낙관적인 전망이 널리 확산되었다(Stern and Markel, 2004: 1477). 1978년 WHO가 알마아타 선언을 통해 2000년까지 지구촌의 모든 사람들이 사회적·경제적으로 바람직한 삶을 영위할 수 있는 건강을 누릴 수 있도록 만들겠다는 “모두를 위한 건강(health for all)”이라는 구호가 제창된 것도 이런 분위기를 만들어 내기 위한 서막이었다고 볼 수 있다.

그러나 1980년대를 거치면서 국제보건문제는 예상치 못한 방향으로 급선회하기 시작했다. 1970년대의 석유 파동, 부채 위기, 경기 침체 등으로 인해 각국 정부가 건강 및 보건 부문에 대한 예산을 크게 삭감하였고, 이로 말미암아 1980년대는 가히 “잃어버린 원조의 시대”가 되고 말았다. 그로 인하여 개발도상국들의 보건 서비스는 관심과 예산의 부족에 시달리면서 철저히 무너지고 있었다(Chan, 2012). 이런 상황 속에서 예상치 못한 보건위기가 새롭게 국제사회를 위협하기 시작했다. 또한 그 동안 잘 알려지지 않았던 새로운 전염병들이 출현하면서 1970년대 이후 WHO를 중심으로 한 낙관론의 기세가 완전히 꺾이게 되었다(Fidler, 1997: 780-781). 이처럼 새롭게 등장한 국제보건위기들은 국제사회의 생존에 또 다시 심각한 위기의식을 불러오게 되었고, 기존의 IHR 협약을 새롭게 손질해야 할 필요성을 제기하였다.

IV. 글로벌 보건거버넌스로서 국제보건규칙의 역할과 한계

1. 국제보건규칙의 성격과 한계

1969년 WHO가 제정한 IHR은 30년이 넘는 기간 동안 글로벌 차원에서 보건거버넌스의 중심축으로 자리매김을 해 왔다. 국제 보건거버넌스의 구성원들은 IHR을 기반으로 다양한 문제를 해결하기 위한 규범체계를 수립해 왔는데, 이는 IHR 제정 당시 국제 교류에 미칠 부정적인 영향을 최소화하면서 전염병의 국제적 확산을 방지한다는 핵심 목표에 초점을 맞추고 있었다. 다시 말해 개별 국가들이 일방적인 보건조치를 남발함으로써 국제무역에 지장을 받는 일이 일어나지 않도록 해야 한다는 과거 국제보건협력의 정신을 그대로 이어받은 것이었다. 따라서 IHR의 근본 취지가 전염병을 사전에 예방하고 치료한다는 1차적인 목표보다 그 확산을 억제함으로써 원활한 국제 교류를 유지한다는 2차적인 목표에 더 치우쳐 있었다는 점은 이상한 일이 아니었다. 전염병의 확산을 규제하기 위한 노력의 배경에는 자유로운 국제적 이동과 교류를 증진하기 위한 더 큰 목표가 자리 잡고 있었던 것이다.

한편 IHR은 전염병이 발병할 때마다 회원국들이 WHO에 대한 고지의무를 명시하고 있다는 점에서 국제보건협력의 신기원을 이룩했다는 평가를 받고 있었다. IHR 부록 제3조를 보면, 회원국들이 전염병의 발병과 관련하여 WHO에 고지해야 하는 관련 조항들은 무려 31가지에 이른다. 그만큼 전염병의 감시와 고지 부분이 강화되었으며 이와 관련된 회원국들의 의무가 더욱 커졌다고 할 수 있다. 고지와 관련한 조항을 몇 가지 살펴보면, IHR에서 규정한 질병이 자국의 영토에서 발병하는 경우 해당 국가의 보건당국은 24시간 이내에 WHO에 통보해야 하며, 그와 관련한 모든 정보를 제공해야 한다. 제6조에서는 발병 시 해당 국가가 최소한 일주일에 한 번씩 WHO에 관련 정보를 고지해야 한다고 명시하고 있다. 이러한 규정을 통해 IHR은 근대국가의 핵심적인 요소인 “주권(sovcreignty)”의 상당한 부분을 잠식 또는 훼손

하기 시작했다.

한편 IHR은 무역에 대한 제약을 최소화하기 위해 보건당국들이 취할 수 있는 조치에 대해서도 구체적으로 명시하였다. 예를 들어 콜레라에 관한 규칙 제62조를 살펴보면, 콜레라가 발견되거나 의심이 될 경우 보건당국은 승객이나 승무원을 5일 이내에 감시 및 격리하여 감염 여부를 확인할 권한을 가진다. 나아가 이로 인해 추가적인 감염이 발생하지 않도록 물, 음식, 배설물 등을 처리하고 관리할 의무를 지닌다(IHR, 1969: 31). 이처럼 IHR에서는 페스트, 콜레라, 황열병 등 각각의 질병 특성에 따라 별도의 대응 조항을 지정하였다.⁶ 또한 제23조에서 제49조에 걸쳐 입출국 및 화물 검역에 관하여 보건당국이 적용할 수 있는 조치를 나열하였다. 제36조 1항에 따르면, 보건당국은 항구, 공항, 기차역 등을 통해 드나드는 모든 화물과 운송수단들에 대해 보건검역을 실시할 수 있다.

한편 제34조에서는 감염되지 않은 선박에서 하선한 승객이나 선원들에 대하여 어떠한 차별적 보건조치들도 이루어져서는 안 된다는 점을 강조함으로써 이러한 검역권한이 남용될 가능성에 대하여 경고하였다. 또한 영토를 통과하거나 그 영토를 목적지로 하는 비(非)감염 항공기에서 내린 승객이나 승무원에 대하여, 또는 격리조치(measures of segregation)가 이루어지는 국가의 영토를 통과하려는 환자에 대하여 차별적인 보건조치가 이루어져서는 안 된다는 점도 분명하게 명기되어 있다. 이처럼 IHR은 전염병의 확산을 방지하기 위한 국제적인 조치들이 정상시의 무역이나 인적 교류에 미칠 수 있는 부정적인 영향과 손실을 최소화하기 위하여 매우 구체적이고 세밀한 조항들을 만들어 놓았다. 이와 같이 초기의 IHR이 검역조치와 관련한 규정들을 세세하게 설정함으로써 회원국들이 임의로 무역 제재를 가할 수 없도록 했다는 사실은, 당시 IHR의 합의가 전염병 확산에 대처하는데 있어 상당히 수동적인 수준을 넘어서지 못하고 있었음을 의미한다.

따라서 IHR 개정의 역사적, 정치적 배경을 이해하기 위해서는 초기의

6. ISR은 페스트, 콜레라, 황열병, 두창, 티푸스, 회귀열을 대상으로 했으나, 초기의 IHR은 콜레라와 두창을 포함한 다섯 가지의 질병을 다루고 있었다. 한편 1973년에 이루어진 IHR 개정과정에서는 콜레라가 제외되었고, 1981년에는 두창이 제외되면서 최종적으로 세 가지 질병만을 규제의 대상으로 삼게 되었다(IHR, 1969: Foreword).

IHR이 자의적인 무역제재 조치를 하지 못하도록 한 세부적인 조항들을 강조하고 있었다는 점에 주목할 필요가 있다. 이러한 특성은, 비록 IHR의 존립 근거가 전염병의 확산을 막기 위한 국제적 합의에 있다고 하더라도, 궁극적으로 이것이 활발한 교역에 장애가 되지 않도록 하는 안전장치를 마련하는데 더 주안점을 두고 있었다는 사실과 무관하지 않다. 이러한 취지는 교역의 중단이나 위축으로 인해 경제적으로 더 큰 피해를 입을 수 있는 선진국들의 관점에서 더욱 시급한 것이었다. 결국 IHR이 국제협력의 실질적인 출발점으로 자리 잡고 있기는 하지만, 그 이면에는 부유한 나라들 또는 강대국들의 이해관계가 우선적으로 반영된 “소수의 합의”가 작동하고 있었다는 점을 염두에 둘 필요가 있다.

2. 세계화의 추세와 국제보건규칙

20세기 말에 접어들면서 IHR을 주축으로 하는 국제 보건거버넌스 전반에 걸쳐 위기가 도래하기 시작했다. IHR은 1980년대 이후 점차 국제사회의 신뢰를 잃고 있었는데, 왜냐하면 이러한 규범체계가 과연 새로운 보건문제를 해결하는데 실효성이 있는지에 대한 의구심이 제기되었기 때문이다(Velimirovic, 1976: 478-479). 나아가 IHR이 국제보건협력의 진정한 중심축으로 작용하기 위해서는 보다 근본적인 개정이 필요하다는 주장이 힘을 얻기 시작했다. 그리하여 초기의 IHR은 국제 보건거버넌스 내에서 더 이상 효과적인 규범으로 간주되지 않았으며, 개별 회원국들은 이를 대체할 수 있는 새로운 장치를 요구하기 시작했다. 이러한 현상은 IHR이 변화하는 국제교역의 현실을 제대로 반영하지 못하고 있었다는 사실과 연관이 있다.

20세기 말 GHG가 직면한 시대적 변화는 크게 몇 가지로 요약할 수 있다. 우선 국제 보건환경에 질적으로 큰 변화가 나타나면서 그에 대한 이해의 폭이 넓어지고 보다 심층적인 탐구가 이루어지기 시작했다. 무엇보다 의학 분야에서 초기 ISC에서 보인 열악한 수준을 넘어 괄목할 만한 발전을 이루었고, 세계화의 추세로 인해 국제 물류와 이동의 규모가 급속하게 확대되었다.

점증하는 상호의존은 “세계의 한쪽 귀퉁이에서 발생한 문제를 전 지구적인 문제로 확산시키는” 효과를 가져왔다(Rosenau, 1995: 13-14). 이제 지역 차원의 전염병이 빠른 속도로 전 세계적인 보건문제를 야기할 가능성이 더욱 커진 것이다. 세계화는 박테리아와 바이러스조차도 이메일이나 자본의 흐름 만큼 빠르게 세계를 여행할 수 있는 능력을 가지게 되었다(Brundtland, 2003: 417).

이처럼 급증하는 국제적 이동과 교류는 그 규모와 속도에 있어 20세기 초에는 상상할 수 없었던 극적인 변화가 보건 분야에서 일어날 것임을 예고하고 있었다. 또 다른 변화로는 “보건(health)”에 대한 인식이 제고되면서 새롭게 “인간안보(human security)”라는 개념이 등장했다는 점을 들 수 있다. IHR이 제정될 당시만 해도 국제보건협력은 무역에 영향을 미칠 만한 특정 질병들에 한해서만 규제를 시도했으며, 그 이외의 보건문제들에 대해서는 별로 주목하지 않았다. 하지만 이러한 소극적 태도에서 벗어나 국제보건문제 전반에 대하여 적극적으로 대처해야 한다는 인식이 대두되기 시작했다. 이는 보건 개념이 단순한 “질병의 부재”에 그치는 것이 아니라, 인권, 환경, 빈곤 등의 범위에 걸친 사회적, 환경적 권리까지 포함하는 것으로 확대 해석되었다. 이에 더하여 탈냉전기의 새로운 안보 유형으로 제시된 “인간 안보”의 개념은, 보건 문제가 생존을 위한 적극적인 이슈로 다루어져야 한다는 문제의식을 기반으로 한 것이었다.

이러한 변화와 더불어 20세기 말에 들어와 IHR의 국제법적 속성에 대한 성찰이 이어졌다. 국제적 질병의 확산에 대한 최대한의 안보를 확보함과 동시에 교역에 대한 장애요인을 최소화해야 한다는 IHR의 두 가지 목표는 서로 모순적인 관계를 지니고 있었다. 국제 공공보건을 더 중시할 경우 교류 및 무역에 상당한 제약을 부과할 수밖에 없으며, 따라서 IHR을 실행하는 과정에서 기존의 무역 관련 법규와 양립 가능한 실천방안을 확보하는 일이 중요했다. 말하자면 “보건”과 “교역” 사이에 어떤 가치를 우선시 할 것인가에 대하여 이중적이고 모호한 태도가 IHR 규범의 이면에 자리 잡고 있었다. 이처럼 초기 IHR의 법적 위상은 대단히 불안정하고 불명확한 기초 위에 놓여 있었으며, 그로 인하여 규범의 실효성에 큰 제약을 받을 수밖에 없는 상황이

었다(Fidler, 2005: 333-338).⁷

또한 IHR의 제 조항들은 빠르게 변화하는 보건 분야의 현실과 문제점들을 충분히 반영하지 못하고 있었다. 과거에는 존재하지 않았던 전염성 질병들이 계속 출몰하고 있었음에도 IHR 규정의 적용을 받는 질병의 범위는 여전히 제한적이었으며, 빠른 속도로 출몰, 확산하는 전염성 질병들을 효과적으로 다루지 못하는 상황이었다. 보건 분야에서 “신종 전염병(Emerging Infectious Diseases)”으로 불리는 새로운 위험요소들도 IHR의 한계를 노정하는데 큰 역할을 했다.⁸ 첨단과학과 기술이 발전한 20세기 후반에도 새로운 전염병들이 등장하고 있음에도 기존의 보건 프레임워크가 취약하다는 사실은 IHR을 중심으로 한 보건규범의 전면적인 개편이 필요하다는 인식의 전환을 가져오게 되었다. IHR의 전염병 감시체계가 매우 취약하다는 점도 자주 지적되었는데, 전염병 발발 시 자발적으로 WHO에 통보할 의무가 모든 회원국에게 부과되었음에도 그로 인한 무역제재 조치 등 불이익을 우려한 해당 국가들이 통보의무를 등한시할 가능성이 컸다.⁹ 이처럼 전염병 발생 사실에 대한 통보가 제대로 이루어지지 않을 경우 국제사회에서 발병 사실을 신속하게 인지하거나 대응조치를 마련하기가 어려웠다.¹⁰

-
7. 1980년대 이후 국제보건환경의 급격한 변화는 고전적인 국제협력의 현실적응력이 얼마나 부족한지를 잘 드러내고 있었다. 이는 단순히 외부적인 변화에 그치는 것이 아니라, IHR 안에 내재되어 있던 과거의 인식과 충돌하면서 고전적 레짐이 종식될 수밖에 없는 결과를 초래하였다. 즉 IHR은 국제적인 교류와 교역의 원활한 소통에 무게를 두고 있었기 때문에 점증하는 여러 가지 국제보건문제에 효과적으로 대처하는데 한계를 보일 수밖에 없었다.
 8. 인도에서 발병한 페스트, 아프리카에서 출현한 에볼라 출혈열, 1980년대 HIV/AIDS의 등장은 1995년 새로운 IHR 개정에 합의하도록 만드는 결정적인 사례였다(Mack, 2006: 366). 콜레라는 현대 의학의 발전에 힘입어 치사율이 1~2퍼센트 수준으로 감소하였으나, 1990년대에 변형을 거쳐 다시 출현하면서 많은 사람들의 목숨을 빼앗아 갔다(Zacher and Keefe, 2008: 54-57)
 9. 1994년 페스트가 발병했던 인도의 경우, 국제사회에 발병 사실을 고지함으로써 전염병 발생기간 동안 약 20억 달러의 손실을 입었다(Cash and Narasimhan, 2002: 1362). 또한 1991년 자국 내 콜레라 발병 사실을 WHO에 고지한 페루의 경우, 국제사회의 과도한 규제조치로 인하여 커다란 무역 손실을 입은 바 있다.
 10. 몇몇 IHR 조항은 모호하게 명시됨으로써 회원국들의 신고 의무를 묵과하게 하는 또 하나의 원인을 제공하였다. 회원국들은 이러한 모호한 조항을 자국에 유리하게끔 해석함으로써 자국이 취한 보건조치들을 합리화하는데 이용하곤 했다(Taylor, 1997: 1349-1351). 이러한 특징은 WHO를 중심으로 한 감시체계가 전반적으로 취약한 기

이와 함께 WHO 회원국들이 자국 내의 전염병에 대하여 과도한 보건조치를 취했다는 점도 IHR 체제의 한계로 꼽힌다. 전염병에 대한 공포는 회원국들로 하여금 과학적 근거에 기반을 두지 않은 과도한 보건 조치들을 취하도록 만들었다. 사실 회원국들이 과도한 보건조치를 취한다고 할지라도 WHO가 이를 규제하거나 개입할 수 없었다. 또한 전염병 문제와 관련하여 WHO나 IHR이 적절한 대처를 하지 못하고 있다는 국제적 차원의 불신감도 컸기 때문에, 회원국들은 IHR에 명기된 보건조치의 수준을 넘어서는 과도한 조치를 남발하곤 하였다. 하지만 초기의 IHR은 개별 국가에 대하여 보건규범을 준수하도록 통제할 수 있는 수단을 별로 갖추지 못하고 있었다. 회원국이 준수 의무를 지키지 않을 경우에 처벌할 수 있는 구체적인 조항을 담고 있지 않았다는 점을 고려할 때 규범으로서 IHR의 효과성은 제한적일 수밖에 없었다. 세계화의 추세 속에서 환경, 인권, 무역 등 다양한 분야에 걸쳐 새로운 유형의 국제규범과 제도들이 구축되기 시작한 시대적 분위기를 고려할 때, IHR을 중심으로 한 보건 분야의 국제레짐은 상대적으로 뒤쳐진 것으로 간주되었고, 다양한 보건 관련 현안을 포괄적으로 다루기 위한 국제규범과 제도가 필요하다는 인식이 확산되었다.

V. 국제보건규칙의 개정과정과 국제협력의 확대

1. SARS의 발발과 국제보건규칙에 대한 영향

IHR의 개정을 위한 노력들이 더디게 이루어지는 가운데, 2003년에 발생한 중증 급성호흡기증후군(Severe Acute Respiratory Syndrome, 이하 SARS로 약칭)은 IHR의 개정절차를 가속화하는데 크게 일조했다. 최초의 SARS 감염 사례는 2002년 11월 중국 광둥 지역에서 발생했는데, 원인을 알 수 없는 이 질병으로 5명이 사망하고 305명이 감염되었다. 하지만 중국 정부

반 위에 존립하도록 하는데 기여했다.

는 이듬해 2월이 되어서야 발병 사실을 WHO에 통보했다. 중국 정부는 초기에 SARS의 발병 사실이 외부에 드러나지 않도록 정보를 차단했는데, 그럼에도 불구하고 다양한 매체를 통해 이 사실이 외부로 유출되었다. 중국 정부가 적절한 조치를 취하지 못함에 따라 국제사회는 신종 전염병에 효과적으로 대응할 수 있는 시간을 놓치고 말았다. 급속히 확산된 SARS는 홍콩, 하노이, 토론토, 싱가포르 등지로 퍼져 나갔고, 그 사이에 더욱 많은 사람들이 감염되었다. 다행히 WHO 감시체계와 국제사회의 신속한 공조 덕분에 추가적인 확산을 막을 수 있었지만, 이러한 경험을 통해 국제보건협력의 구조를 새롭게 개편할 필요성이 분명하게 드러났다.

SARS 사태는 IHR 개정 노력에 결정적인 전환점이 되었다. 먼저 국제사회가 국제적 전염병 감시체계를 대대적으로 강화해야 한다는 인식이 확산되었는데, 국경을 넘나드는 전염병에 대처하기 위한 사전 대비가 무엇보다도 중요하다는 점이 분명해졌다. 국제사회는 이를 위해 전염병 감시체계를 보다 확충해야 하며, 그 핵심 프레임워크로서 IHR을 신속하게 개정하는 일이 시급하다는데 합의하였다. 오늘날과 같이 상호 밀접하게 연결된 세상에서는 SARS와 같은 질병에 대하여 한 나라라도 부적절하게 대응할 경우 국제사회에 얼마나 큰 위협을 초래할 수 있는지가 명확하게 드러났기 때문이다. 이를 방지하기 위해서 국제사회는 전염성 질병에 대한 더욱 효과적인 감시를 위한 “글로벌 전염병 감시대응체계(Global Outlook Alert and Response Network, 이하 GOARN으로 약칭)”를 강화할 필요가 있었다(Heymann, 2004: 1128-1129). 전염병 감시체계가 취약할 경우, 사람들의 적응력도 더욱 취약해질 뿐만 아니라 개별 국가들의 무역 및 여행 제한조치가 강화됨으로써 국가 간의 관계도 악화될 가능성이 컸기 때문이다(Bishop, 2005: 1222).¹¹

사실 IHR 개정작업은 회원국들의 상이한 이해관계에 따라 더디게 진행되어 왔다.¹² 1998년 5월 합의를 목표로 논의되던 IHR 개정안이 난항을 거듭

-
11. 사실 SARS는 기존 IHR 규범에 따라 WHO에 신고해야 할 질병 리스트에 포함되어 있지 않았기 때문에, 중국정부가 발병 사실을 WHO에 고지하지 않았다고 하더라도 이를 비난하거나 처벌하기 어려운 점이 있었다(Katz and Fisher, 2010: 8).
 12. 원래 이 개정작업은 1995년 WHO 회원국 결의안 48.7을 통해 제안되었고, 전문가들의 검토를 통해 국제적으로 시급하게 다루어야 할 질병의 경우 WHO에 지체 없이

하면서 1999년, 2000년, 2003년, 2004년으로 합의 일정이 점차 지연되었다. 개정이 계속 미루어진 데에는 정치적, 기술적, 법적 어려움이 혼재되어 있었다. 특히 IHR 개정은 19세기 중반부터 20세기 말까지 거의 150년 가까이 지속되어 온 기존 국제보건규범을 근본적으로 재편한다는 것을 의미했기 때문에 그 협상 과정이 순탄치 않았다(Fidler, 2005: 349). 다른 국제관계의 영역과 마찬가지로 보건 분야에서도 국제협력을 위한 제도적 장치나 레짐을 개편하는 데에는 기존의 시스템에서 기득권을 누리는 다양한 국가나 행위자들의 반발 또는 무관심으로 말미암아 오랜 시간이 소요될 수밖에 없었다.

이런 맥락에서 SARS와 같은 긴급한 질병 확산사태는 협상의 고착상태를 깨는데 큰 동인을 제공했다. SARS의 발발 이후 세계보건총회(World Health Assembly, 이하 WHA로 약칭)는 IHR의 개정작업에 더욱 박차를 가하기 시작하여 2004년 1월에는 개정안 초안이 가시화되었다(WHO, 2004a).¹³ WHO는 이 초안을 회람하고 의견을 수렴한 후 지역별 논의절차에 회부하였다(WHO, 2004f). 이러한 과정을 거쳐 2005년 5월 IHR 개정안이 최종 합의되었다(WHO, 2005). 이로써 거의 10여년을 끌어 온 IHR 개정은 결국 복잡한 정치적 갈등과 이해관계의 대립 속에서 지연되다가 SARS로 대변되는 긴급한 공조체제의 필요성에 의해 합의에 가속도를 붙이게 된 것이었다.

보고될 수 있는 시스템을 폭넓게 개편할 필요가 있다는 점이 부각된 바 있었다. 이에 따라 고지 대상 질병의 리스트를 확대한 개정안 초안이 1998년에 마련되었는데, 국제무역에 장애를 주지 않아야 한다는 IHR의 초기 취지를 그대로 유지하려 했기 때문에 개정 작업은 쉽지 않았다.

13. 2004년의 IHR 개정안 초안은 기존의 IHR과 주요한 몇 가지 측면에서 차이를 보이고 있었다. 먼저 공공보건위기의 대상이 되는 질병의 리스트가 늘어났는데, 인간의 건강을 위협하는 모든 요인들이 질병으로 간주되었다(WHO, 2004b: 6). 회원국들이 제공한 정보에 대하여 비밀을 엄수해야 한다는 조항도 추가되었는데, 이는 회원국들의 고지행위를 활성화하기 위한 취지에서 이루어진 변화였다(Gostin, 2004: 2625). 아울러 국가별로 WHO와 연락을 담당할 IHR 국가대표기관들이 정부기관과 별도로 지정되었으며, 보건문제와 관련된 다양한 행위자들 사이에 긴밀한 연결망을 구축하고자 하였다(WHO, 2004b: Annex 1).

2. 국제보건규칙의 개정 협상과 정치적 관계

IHR 개정을 위한 협상과정에서 가장 논란이 되었던 이슈 중의 하나는 고지의무에 해당하는 질병의 적용 범위를 확대하기 위한 “국제적 관심사로서 공중보건 긴급사태(Public Health Emergency of International Concern, 이하 PHEIC로 약칭)”라는 개념이 모호하다는 점이었다. 미국, 일본, 뉴질랜드 등 일부 회원국들을 중심으로 하여 PHEIC 개념이 모호하게 규정될 경우 IHR 자체의 효용성이 저하될 것이라는 우려가 표명되었다. 이러한 문제를 보완하기 위해 심각하다고 판단되는 특정 질병의 목록을 구체적으로 IHR에 명시해야 한다는 것이 이러한 나라들의 주장이었다. 이에 대하여 노르웨이나 스위스 등 일부 국가들은 특정 목록을 PHEIC에 포함시킬 경우 그렇지 않은 질병으로 인한 긴급사태에 대처하는데 문제가 있다는 점을 지적했다.

이와 더불어 IHR을 둘러싼 위원회의 구성과 역할에 대한 규정이 모호하다는 점에 대하여 논란이 야기되었다. IHR 개정안 부록 3은 “긴급위원회(Emergency Committee)”에 대해 언급하고 있는데, 이에 따르면 WHO 사무총장이 현장에 투입할 전문가로 구성된 자문단(Advisory Panel)을 소집할 수 있다. 이 위원회는 사무총장이 요청할 경우 회의를 소집하여 긴급상황과 관련된 정보들을 논의한 후 해당 사건이 PHEIC에 해당하는지의 여부를 판단하고 그 결과를 보고한다. 또한 IHR 초안 부록 10에 언급된 “검토위원회(Review Committee)”는 IHR자문단 및 여타 기구의 자문단 중에서 사무총장이 임명한 사람들로 구성된다. 이 위원회는 IHR의 기능을 검토 및 감시하는 역할을 담당하는데, 이 과정에서 사무총장에게 권고사항을 전달하거나 WHA에 조언을 제공하며 분쟁이 발생할 경우 조정절차에 관여한다. 이처럼 자문단 및 긴급위원회와 검토위원회는 PHEIC를 판별 및 감시 기능을 담당한다는 점에서 IHR 내에서 상당한 영향력을 행사한다. 따라서 이 위원회가 어떻게 구성되는지, 이들에게 부여된 권한을 어느 범위까지 규정할 것인지의 문제가 중요한 논의사항으로 자리 잡고 있었다(WHO, 2004d; WHO, 2004g).¹⁴

개정된 IHR에 새롭게 포함된 내용 중의 하나로서 비(非)국가행위자들을 통한 정보의 수집과 사용 여부도 쟁점이 되었다. 뉴질랜드는 비공식적인 출처에서 나온 정보들도 사용해야 한다는 주장을 전개했는데, 이를 통해서 공보건위험의 가능성을 충분히 조사할 수 있어야 한다고 보았다(WHO, 2004e). 이에 반해 러시아를 비롯한 일부 국가들은 불분명한 출처에서 유래한 정보가 근거 없는 루머일 가능성이 높기 때문에, 이를 기반으로 하여 WHO가 한 국가에 대한 규제조치를 취하거나 통제 여부를 결정짓는 것은 위험한 일이라고 주장했다. 따라서 이러한 국가들은 공식 국가기관에서 제시한 정보만을 사용해야 한다는 입장을 피력했다. 나아가 개정된 IHR에 포함된 국가들의 “필수능력”에 대해서도 다양한 의견이 제기되었다. 쿠바와 도미니카 등 중남미와 아프리카 지역의 일부 국가, 그리고 대다수의 개발도상국은 IHR이 요구하는 필수능력을 달성하는데 어려움이 많다는 입장을 개진하였다. 특히 사모아는 PHEIC에 대처하는데 요구되는 최소한의 능력을 확보하기 힘든 국가들에 대하여 WHO가 지원을 제공하거나 선진국에 비해 유연한 기준을 적용해야 한다고 주장하였다(WHO, 2004h).¹⁵

또 다른 논쟁점은 IHR이 여타 국제기구나 국제 협정들과 상충되지 않으면서 원래의 기능을 수행할 수 있는가 하는 문제였다. 이는 기존의 IHR이 지닌 한계를 보완하기 위해 만들어진 여러 협정들과 기구들이 IHR 개정안과 부분적으로 중복된 내용을 담고 있기 때문에 발생하는 것이었다.¹⁶ 이러한 문제에 대해 회원국들은 IHR과 기존의 협정이 상호보완적으로 작동하기 위

14. 특히 검토위원회가 어떤 기준을 통해서 선출되는지, IHR에 대해 협조하지 않을 경우 어떤 제재조치가 가능한지, 그리고 WHO가 특정 국가에 PHEIC 지정을 결정하기 이전에 해당 국가가 검토위원회 소집을 요구할 수 있는지 등의 문제가 집중 논의되었다

15. 스위스는 IHR이 요구하고 있는 능력을 함양하기 위해 기반 시설, 기술적 노하우 등 상당한 정도의 재정적 도움과 인적 자원이 요구된다는 점을 지적했다. 또한 개발도상국에 부담이 될 수 있는 제약요인들을 별도로 다루기 위한 추가조항을 마련해야 한다고 요구했다(WHO, 2004i: 4).

16. 동물보건기구(Organization for Animal Health), 국제식물보호협약(International Plant Protection Convention), 식량농업기구(Food and Agriculture Organization) 등 다양한 국제기구, 위생 및 식물위생조치에 관한 협정(Agreement on the Application on Sanitary and Phytosanitary Measures), 생물다양성협약(Convention on Biological Diversity, CBD) 등의 협약이 이에 해당한다.

해서는 어떤 방법이 가장 적절한가에 대한 논의를 거듭하였다. 개정된 IHR 규정에 따라 WHO가 PHEIC 여부를 조사하거나 연구를 위해 파견한 전문가 집단에 대하여 개별 국가가 입국을 거부할 수 있는가에 관한 문제도 논란의 대상이 되었다. IHR 개정안 제8조 3항에서는 “자국의 영토 내에서 공중보건과 관련된 사건이 이미 발생했거나 현재 발생하고 있는 지역의 보건당국은… 필요에 따라 WHO가 적절한 통제조치 수준을 파악하기 위해 파견한 조사단의 현지 연구에 적극 협력해야 한다.”고 규정하고 있다. 그러나 WHO 관계자들이 해당 국가의 허가 없이 자유롭게 입국할 수 있는지의 여부는 회원국들의 주권 침해문제와 맞물려 쉽사리 규정할 수 있는 사안이 아니었다.

이와 같이 기존의 IHR을 개정하는 과정에서 많은 논쟁과 혼란이 반복되었는데, 이러한 제반 이러한 문제점들에 대하여 지역별 회의에서 상당한 합의가 이루어졌음에도 WHA에서 합의안이 최종 통과되기 직전까지 지속적으로 논란을 야기했던 문제가 남아 있었다. 그 중 하나는 대량살상무기에 관한 것이었는데, 2001년의 9·11 사태 이후 테러리즘에 대한 국제사회의 관심이 급증하면서 야기된 현상이었다. 2004년 국제연합 안전보장이사회 결의안 1540은 국가 내부의 핵무기, 생물무기, 화학무기에 대해 회원국들이 지켜야 할 의무사항들을 규정하고, 이를 위반할 경우 국제적인 범죄행위에 해당한다는 점을 명시하였다(Finlay, 2009: 5).

이로 인하여 국제연합 안전보장이사회가 IHR 협상과정에 상당한 영향력을 행사하고 있다는 사실이 드러났는데, 그 결과 WHO 회원국이 자국 내에서 생물학적, 화학적, 방사능 인자의 국제 유출이 의심될 경우, 이를 확인하고 판별하기 위하여 WHO에 관련 정보, 물질, 샘플들을 제공해야 한다는 조항이 포함되었다(Fidler, 2005: 356-357). 미국 등 국제연합 안전보장위원회의 일부 국가들은 이 문제를 WMD 확산문제와 밀접하게 연관시키면서 해당 조항이 IHR 개정안에 포함되어야 한다고 강력하게 주장했다. 결국 최종 합의안 제7조에서는 PHEIC를 야기할 수 있는 비정상적이고 예측하기 어려운 사건이 자국 영토 내에서 발생할 경우 회원국들은 WHO에 모든 관련 정보를 제공해야 한다는 모호한 규정으로 대체되었다. 이처럼 IHR 최종안은 그 논의과정에서 기존 질병 인자에 관한 명확한 기준 대신 테러와 관련된 다양

한 요구를 포함하도록 바꿈으로써 WHO의 순수한 취지가 정치적으로 왜곡되는 결과를 초래하고 말았다.

중국과 대만 사이의 관계도 IHR 개정과정에서 또 다른 정치적 문제를 야기했다. 중국은 대만에 대한 주권을 적극 주장하면서 대만의 독자적인 국제기구 가입을 반대해 왔다. 대만은 1997년부터 WHO에 가입하고자 노력했지만 그때마다 좌절되곤 했는데, SARS 발병 이후 천수이벤(陳水扁) 총통은 대만이 WHO로부터 소외되어 있는 상황에 대하여 크게 불만을 표출하였다.¹⁷ 이에 대하여 WHO는 SARS 발병 이후 대만의 즉각적인 통고에도 불구하고 고의적으로 해당 자료를 며칠 동안 지연시키거나 대만의 지원 요청을 무시하는 등 비우호적인 대응으로 일관했다(Chien, 2003). WHO의 이러한 태도는 중국 정부가 지속적으로 대만에 대한 관할권을 주장해 온 정치적 분위기를 의식했기 때문이다. 하지만 대만이라는 국제 교통의 허브를 국제적인 전염병 감시 체계에서 제외시킨다는 것은 전염병 감시체제에 큰 결함이 생길 수 있음을 의미했다.

이상과 같이 2004년의 개정협상 과정을 통해 제기된 사안들은 WHO 회원국들이 국제 보건상의 위기들을 심각한 위협요인으로 인식하고 있었으며, 이 문제에 대응하기 위해 국제사회의 협력이 불가피하면서도 어려운 일이라는 점을 잘 알고 있었음을 보여준다. 세계화로 인한 국제환경의 변화와 국제 보건문제의 심각성은 이처럼 초기의 GHG를 적극 개편하기 위한 노력으로 이어졌다. 과거의 GHG가 천연두나 황열병 등과 같은 일부 질병을 대상으로 하여 소수의 국가들만이 참여하는 국가 간 거버넌스였다면, 2004년 이후의 GHG는 PHEIC와 같은 포괄적 이슈를 거버넌스 내부로 끌어들이면서 국제 무역기구(WTO), 국제연합, 국제원자력기구(IAEA) 등 여러 국제기구와 비(非)국가 행위자들이 참여함으로써 다양한 이해당사자들 사이에 유기적인 연

17. 일부에서는 대만이 수백만의 인구가 드나드는 교통의 요충지임에도 불구하고 WHO의 관리대상에서 제외될 경우 SARS와 같은 전염성 질병에 전 세계가 노출될 우려가 있다는 의견을 제시했다. 한편 중국은 대만이 WHO에 참여할 경우 중국의 영향력을 벗어나 독립국으로서의 지위를 획득하는 것이라고 보았는데, 대만은 자치권을 갖는 중국의 한 지방일 따름이며 주권을 갖는 하나의 국가로 간주할 수 없다는 것이 중국 정부의 일관된 입장이었다(Shen, 2004: 51).

결망을 구축하였다. 이러한 변환 과정에서 개별 회원국들은 자국 주권이 침해될 수 있다는 점에 우려를 표명하면서 정치적인 압력을 우려하기도 했으나, WHO의 영향력이 약화될 경우 SARS와 같은 새로운 보건위기에 제대로 대처하기 어렵다는 공감대가 형성되면서 국제협력의 강화에 동참하게 되었다.

VI. 글로벌 보건거버넌스와 국제협력: 내용과 이론적 논의

1. 국제보건규칙 개정안의 특징

2005년 최종적으로 합의된 IHR 개정안은 총 66개 조항의 본문과 9개의 첨부 조항으로 구성되어 있는데, 다음과 같은 몇 가지 특징을 지닌다. 먼저 IHR에서 규제하는 질병의 범위가 확대되었는데, 특정 전염병을 고지대상으로 지정하는 대신 국제 보건위험을 초래하는 모든 질병을 감시 및 규제 대상으로 설정했다. 또한 PHEIC의 개념을 도입함으로써 국제적 위험 수준을 단계적으로 파악할 수 있도록 하였는데, 이것은 “질병의 국제적 확산을 통해 다른 국가들에게 공중보건 상의 위험을 야기하거나, 잠재적으로 국제적인 공조를 통한 대응을 필요로 하는 비정상적 사건”으로 규정되었다.¹⁸ 이러한 PHEIC 개념을 통해 새로운 IHR은 특정한 질병사례가 국제적으로 어떤 영향을 줄 것인지에 대하여 유연한 판단이 가능하게끔 만들었다. 나아가 복잡한 국제사회에서 일어나는 공중보건 상의 수많은 위기에 대하여 초기 단계에서 감지하고 대처할 수 있는 시간과 능력을 확보할 수 있도록 하였다.

또 다른 특징으로서 IHR이 WHO 회원국들로 하여금 필수적 능력을 갖추

18. 이 규정에서 “공중보건 상의 위험”이라 함은 국제적인 확산이나 심각하고 직접적인 위해(危害)를 통해 인류의 건강에 악영향을 미칠 수 있는 사건이 일어날 가능성을 의미한다. 또한 “사건”이라 함은 “질병의 증상 혹은 잠재적으로 질병을 야기할 수 있는 발병상태”를 뜻한다. 아울러 이러한 개념 규정에서 “질병”이란 그 기원이나 출처와는 상관없이 인류에게 명백한 위해를 가하거나 그럴 가능성이 있는 질환 또는 의학적 상태를 가리킨다.

도록 요구하고 있다는 점을 꼽을 수 있다. 이전의 IHR에서는 개별 회원국들이 준수해야 할 의무의 부담이 그리 크지 않았는데, 항구나 국경검문소 등 출입통제 지점에서 일정한 수준의 공공보건 능력을 갖추고 있으면 충분했다(Fidler and Gostin, 2006: 88). 그러나 개정된 IHR에서는 출입통제 지점뿐만 아니라 감시와 대응조치에 있어서도 개별 회원국이 일정한 수준의 능력을 갖추도록 요구하고 있다. 아울러 이러한 감시와 고지조항에 관련된 능력을 IHR 개정 5년 이내에 확보하도록 규정하고 있다. 그 이후에는 특정한 사유가 있을 경우에만 2년의 유보기간을 가질 수 있도록 하였다. 이런 조건은 단기간 내에 전염병에 대응하기 위한 필수능력을 의무적으로 갖추도록 요구한다는 점에서 개발도상국에 큰 부담이 되었다.

한편 IHR 개정안은 회원국마다 전담기관(focal points)을 규정함으로써 개별 국가와 상시 연락이 가능한 시스템을 구축하고 있다는 점에서 과거에 비해 한층 진전된 모습을 보이고 있다. IHR 제4조 2항은 전담기관의 역할을 언급하고 있는데, 개별 국가를 대표하여 WHO와 긴급한 연락을 주고받으며, 자국 내의 감시, 보고, 출입통제 지점, 공중보건서비스, 의료기관 등에 관한 정보를 다른 회원국에 제공하고 그에 대한 의견을 수렴해야 한다. IHR 개정안에서 “비공식적 정보”를 감시체계에 적극 활용하고 있다는 것도 과거와 대비되는 차이점이다. 즉 국가가 아닌 다양한 행위자들로부터 제공된 정보도 공식적으로 사용이 가능하다는 점을 명시하고 있는데, 이는 2003년 SARS 위기 시에 중국정부의 비(非)협조에도 불구하고 비공식적 정보 교환을 통해 신속한 대응이 가능했다는 경험을 기반으로 한다(Heymann and Rodier, 2004). 이와 같은 비공식적 정보의 이용은 WHO의 전염병 감시체계에서 국제 공중보건위기 상황을 적시에 포착할 수 있게 할 뿐만 아니라, 회원국들의 고지의무 이행도 증가시켜 줄 것으로 기대되고 있다.

한편 IHR의 개정은 국제보건협력력을 관장하는 기구로서 WHO의 권한을 향상시키는 결과를 가져왔다. WHO는 IHR 제12조에 의거하여 PHEIC를 판별한 권한을 가지며, 이것이 확정될 경우 제15조와 제16조에 의거하여 회원국들에게 가장 적절한 대응방안에 대한 임시적 또는 상시적 권고를 제안할 수 있다. 권고사항이 회원국들에 대해 어떠한 법적 구속력도 갖는 것은 아니

기 때문에 개별 회원국들이 이러한 권고를 반드시 따라야 할 필요는 없다. 하지만 WHO가 과학적, 공중보건적 관점에서 무엇이 가장 적절한 보건조치인지, 무역 제한과 인권 사이에서 어떻게 적당한 균형을 유지할 것인지를 판단한다는 점에서 글로벌 차원의 공공보건레짐에서 중요한 리더십을 행사할 수 있는 법적 근거를 제시하고 있다(Fidler and Gostin, 2006). 전염병이 지닌 초국가적 전파력을 감안할 때 이와 같은 WHO의 권한은 앞으로 지속적으로 확대될 것으로 전망된다.

이처럼 IHR 개정은 이전 체제와 달리 새로운 요소들을 적극 도입함으로써 국제 공중보건 상의 위협에 대하여 더욱 유연하게 대응할 수 있는 발판을 마련했다. 규정을 개정하기 위한 작업이 10년에 걸쳐 진행되었지만 마지막 2년 동안에 빠른 속도로 합의에 도달한 것은, 21세기에 들어와 국제환경이 눈에 띄게 바뀌면서 질병으로 인한 “위기”에 대하여 심각하게 인식하려는 성향이 점차 확대되었기 때문이었다. 이런 점에서 2005년 개정된 IHR의 가장 큰 특징은, 보건문제에 대하여 수동적인 태도로 일관했던 이전의 IHR과 달리 복잡한 보건위협에 대하여 적극적으로 대처하려는 의지에서 찾을 수 있다(Taylor, 1997: 1347-1348). 그리하여 새로운 IHR에서는 “전염병의 국제적 확산에 대한 예방, 보호, 통제 및 국제보건조치의 적용으로 인하여 국제교통과 무역에 불필요한 장애를 초래하지 않는다”는 목적을 명시함으로써 이전과는 차별화된 모습을 보이고 있다(IHR, 2005: Foreword). 이러한 변화는 신종 전염병과 같이 점증하는 위협요인들을 다루기 위해 이를 철저하게 감시, 추적, 관찰하는 적극적인 대응태세의 필요성을 반영한 것이었다.

결국 개정된 IHR은 국제 보건위협에 대처하는데 있어 이전과 달리 <표 1>과 같은 특징을 드러내게 되었다. IHR 개정 전후의 중요한 차이점 중 하나는 대상 질병의 범위가 확대되었다는 데 있다. 과거의 IHR이 한정된 수의 전염병에만 주목하고 있었던 데 비해, 개정된 IHR은 PHEIC라는 폭넓은 대상을 설정하고 있다. 또한 국경지역에만 한정되어 있던 전염병 감시체제를 확대하도록 요구하면서 개별 회원국의 국내문제에까지 적극적으로 관여하도록 규정하고 있다. 초기의 IHR은 국제무역이나 교통에 지장을 주지 않는 데 주안점을 두었기 때문에 개별 국가들의 위생이나 국내 보건정책에까지 관여

〈표 1〉 국제보건규칙의 비교: 1969년과 2005년

비교 분야	1969년의 국제보건규칙	2005년의 개정안
질병의 범위	- 콜레라, 페스트, 황열병	- PHEIC 및 특정 질병
발병국 고지의무	- 해당 국가가 WHO에 24시간 이내 고지	- 해당 국가는 WHO에 48시간 이내에 고지대상 여부 확인, 대상 확인 시 24시간 이내 고지
국가 역량 요건	- 출입통제 지점에서 행사하는 검역과 통제 능력	- 질병에 대한 검역, 통제 능력 뿐 아니라 질병을 발견, 보고, 측정할 수 있는 능력 포함
통신방식	- 팩스나 전보를 통해 WHO와 연락	- 국가대표기관을 통해 WHO 지역사무소와 상시 연락
감시체제의 요건	- 지정된 질병이 의심되는 국제화물이나 국경에 한정	- 출입통제 지점뿐만 아니라 정기적인 검사를 포함하는 최소한의 공중보건 요건
거버넌스의 특징	- 투명하지 않음	- 상대적으로 투명하며, 모든 과정을 여론에 공개

하려 하지 않았다. 그러나 IHR의 개정을 통해 보다 적극적인 개입주의가 두드러졌는데, 이는 점증하는 국제 보건위험에 대하여 WHO의 권한을 강화할 필요가 있다는 공통된 인식을 기반으로 한다. 그만큼 IHR의 개정은 여러 가지 면에서 과거의 보건레짐과 차이를 보이게 되었다.

2. 국제보건규칙 개정의 정치적 함의

이처럼 오랜 기간에 걸쳐 합의에 도달한 IHR 개정안은 효과적인 질병 대응체계를 위한 다양한 규범과 실천방안을 제공함으로써 전염병 감시체제의 프레임워크로서 새로운 정치적 의미를 가지게 되었다. 물론 오늘날과 같이 복잡하고 불안정한 상황 속에서 IHR 프레임워크가 현실의 문제를 완벽하게 해결하리라고 기대하기는 무리일 것이다. 하지만 IHR이 국제 보건문제를 해결하는데 있어 점진적으로 진화를 거듭해 왔으며, 여전히 국제 보건협력의 중심적인 역할을 수행한다는 점을 부인할 수 없다. 특히 2005년의 IHR 개정은 글로벌 차원의 공공 이슈에 대한 대응에 있어 국제레짐들이 상황의 변화에 맞추어 적응력을 향상시키면서 제도적 변화를 도모해 온 대표적인 사례로

꼽힌다. 이는 지난 수백 년간 국제체제의 핵심적인 원리로 정착해 온 국가주권의 개념을 약화시킬 수 있다는 점에서 국제협력의 중요한 전환점을 이룬다고 평가할 수 있다.

IHR이 국제보건문제에 효과적으로 대처하기 위한 메커니즘이라는 점은 21세기 초반에 경험했던 SARS 등 여러 전염병 사례에서 확인된 바 있다. 2009년 멕시코에서 발생한 H1N1 바이러스의 대유행은 2007년 발효된 IHR의 역량을 시험할 첫 번째 시금석이었다. 개정된 IHR은 그 대응과정에서 과거의 IHR과 달리 효과적인 절차와 정보공유 시스템을 통하여 적절하게 문제를 해결하는 역량을 입증했다. H1N1 발병 사실이 확인되자 멕시코 정부는 WHO에 해당 사실을 즉각 고지했으며, 미국과 캐나다는 멕시코에 대한 과도한 보건 및 검역조치를 자제하는 모습을 보였다. 비록 몇몇 국가들이 지나친 수준의 무역규제조치를 취하긴 했으나, 전반적으로 IHR이 요구하는 내용을 준수하려는 자세를 견지했다(Katz and Fischer, 2010: 5-6).

IHR 개정을 중심으로 한 GHG의 진화과정을 살펴보면 눈에 띄는 한 가지는 다양한 행위자들이 이러한 거버넌스에 관여하는 기회가 점차 빈번해지고 있다는 점이다. 전통적인 국가 행위자 뿐 아니라 국제기구, NGO, 초국가기업 등이 GHG의 관리와 운영에 참여하고 있는데, 이런 점에서 IHR의 개정은 국가 행위자 사이의 국제협력(international cooperation)에 그치는 것이 아니라 복합적 행위자들 사이의 글로벌 거버넌스의 단계로 진입하고 있다고 할 수 있다. 일반적으로 거버넌스라는 표현은 국가를 대표하는 정부 또는 국제기구의 차원을 넘어 여러 이해당사자들이 동시에 관여하는 분산형 정책결정 메커니즘을 가리킨다.

IHR 개정을 둘러싼 GHG의 움직임과 관련하여 우선 WHO와 여타 국제기구와의 관계도 눈여겨볼 필요가 있다. 사실 WHO가 GHG의 핵심적인 주체로 작동하기 위해서는 정치적 독립성, 충분한 기금, 국제적 위상이라는 세 가지 변수가 중요하다(Davies, 2010: 4). 하지만 WHO의 현 상황은 그리 좋은 편이 아니다. WHO가 국제연합 산하기구로서 개발프로그램(UNDP), 아동기금(UNICEF), 인구기금(UNFPA) 등과 보조를 맞추고 있지만, 활동 및 지원자금을 확보하는데 있어 국제연합 개별 회원국의 입김으로부터 자유롭

지 못한 상황이다. 이러한 모습은 각종 개발은행들이 원조기금을 통해 GHG에 참여하고 있는 현상과도 연관되어 있다. 예를 들어 세계은행(World Bank) 그룹은 국제부흥개발은행(IBRD)과 국제개발협회(IDA)를 통해 HIV/AIDS 및 폐렴 퇴치기금을 제공해 왔다. 하지만 이러한 국제금융기구들은 1990년대에 맹위를 떨친 신자유주의(neoliberalism) 사조의 지배를 받고 있었다(Davies, 2010: 48). 백신과 치료약의 지적재산권 문제를 다루어 온 세계무역기구(WTO) 역시 신자유주의의 분위기 아래 자유무역 전통을 선호함으로써 선진국과 개발도상국 사이의 보건 분야의 격차를 메우는 일에 큰 관심을 쏟지 않았다(Cockerham and Cockerham, 2010: 132-138).

국제기구와 더불어 GHG의 폭을 넓히는데 큰 역할을 담당해 온 주체로서 비정부기구(NGO), 자선기금, 초국가기업 등 여러 유형의 비국가 행위자들을 꼽을 수 있다. 비정부기구에는 수백 개 이상의 단체들이 포함되지만 그 중에서도 인도주의적 재난구호 단체인 적십자(Red Cross), 자발적인 현장대응기관인 국경 없는 의사회(Médecins Sans Frontières), 빈곤층을 위한 공동체 파트너십인 국민보건운동(PHM) 등이 대표적이다. 또한 록펠러 재단(Rockefeller Foundation)과 게이츠재단(Gates Foundation) 등은 대규모의 개발자금을 지원함으로써 백신개발과 질병통제에 기여해 왔다. 민간 차원에서 제약회사를 중심으로 한 초국가기업들도 제3세계에 대한 원조 프로그램을 통해 백신과 치료제를 제공하는 등 그 역할을 확대하고 있지만 앞서 언급한 바와 같이 지적재산권문제 등을 둘러싸고 이해관계의 갈등에 휘말려 있는 상황이기도 하다(Zacher and Keefe, 2008: 84-95; Cockerham and Cockerham, 2010: 138-143).

이상과 같이 IHR 개정작업을 둘러싼 GHG의 변화는 오늘날 국가 중심의 문제해결 메커니즘을 넘어서기 위한 새로운 단계의 글로벌 집단행동이라고 볼 수 있다. 다시 말해 IHR의 개정은 글로벌 보건안보를 위협하는 요인에 대한 집단행동(collective action)의 해법으로서, 다른 분야에서의 협력과 마찬가지로 주권 국가 차원에서 해결하지 못하는 난제들을 다루기 위한 새로운 정치적 대안으로 중요한 의미를 갖는다(McInnes, 2012: 139-140). 그리하여 보건문제는 국가 간 이해관계의 갈등이라는 전통적인 수준을 넘어 지구촌 전

체의 생존에 위협을 가하는 하나의 안보이슈로 격상됨으로써 보건안보(health security)라는 정치적 어젠다를 만들어내는 계기를 마련해주었다. 이러한 변화는 긴급한 사안을 둘러싼 인식의 제고가 물질적 이해관계를 넘어서는 모습을 보여왔다는 점에서 기존의 국제정치이론을 넘어서는 새로운 프레임워크에 대한 관심을 촉발시켰으며, 이에 따라 글로벌 차원의 심리적 정책 결정 메커니즘에 대한 탐구도 활발하게 이루어지고 있다(Shannon and Kowert, 2012; McDermott, 2004; Goldgeier and Tetlock, 2001).

그럼에도 불구하고 과거의 IHR에 내재되어 있던 몇 가지의 한계점들이 새로운 IHR에 여전히 잔존하고 있음을 부인할 수 없다. WHO가 효율적으로 국제보건문제에 대처하기 위해 회원국들의 능력과 협력을 절실하게 필요로 한다는 사실을 고려할 때, 무엇보다 IHR을 준수하도록 강제할 수단이 빈약하다는 점을 꼽을 수 있다. 이와 더불어 WHO 체제 내에서 국제무역에 연관된 사안을 다룰 경우 선진국들의 영향력이 여전히 크다는 점을 지적할 필요가 있다. 이들 국가들이 국제사회의 공공이익보다는 자신들의 이해관계에 따라 국제보건문제를 재단할 가능성이 상존하고 있기 때문이다. 또한 보건문제에 대처할 수 있는 국가적 능력에 있어 회원국 사이에 심각한 불균형이 존재한다는 사실도 무시할 수 없다. 이와 같은 장벽들은 IHR이 국제보건협력에서 중심적인 역할을 수행하는데 지속적으로 어려움을 제기할 것으로 예상된다.

이런 맥락에서 개정된 IHR은 국제보건협력의 향후 방향과 관련하여 몇 가지 과제를 안고 있다. 우선 IHR을 중심으로 한 GHG가 여전히 개별 국가들의 역량과 협력에 의존할 수밖에 없다는 점을 강조할 필요가 있다. WHO가 국제적인 보건위협에 공동으로 대응하기 위한 초국가기구로 설립되었다는 점은 분명하지만, 기관 차원에서 독자적으로 사용할 수 있는 자금이나 자원의 제약으로 인해 회원국들의 협력 없이 독자적으로 전염병에 대하여 효과적으로 대응하기가 쉽지 않은 실정이다. WHO가 회원국들에게 IHR의 준수를 강요할 수 있는 법적인 근거가 취약하며, 이를 따르지 않을 경우 마땅한 제재 수단도 없다는 점도 중요한 한계이다. 따라서 IHR이 효율적으로 국제적 보건위협에 대처할 수 있도록 하기 위해서는 회원국들이 자발적으로 IHR

규범을 준수하려는 의지가 무엇보다도 중요한 과제가 되고 있다.

IHR을 중심으로 한 국제적인 전염병 대응 메커니즘이 안정적으로 정착되기 위해서는, 이러한 자발적 메커니즘이 투명하고 공평하며 유용하다는 것을 보여줌으로써 회원국들의 신뢰를 얻는 일이 급선무이다. 이 규범이 회원국들의 신뢰를 상실할 경우 지금의 GHG도 과거의 IHR이 겪었던 전철을 그대로 답습할 가능성이 크다. 국제보건협력 메커니즘이 회원국들이 신뢰를 확보하지 못할 경우 IHR을 준수하려는 회원국들의 의지가 약화될 수밖에 없다. 자국 내에서 전염병이 발생할 경우 회원국들은 해당 사실을 WHO에 고지해야만 하지만, 그에 따른 사회경제적 피해가 지나치게 크거나 다른 나라에 비해 부당하게 배분된다고 생각할 경우 전염병 고지를 꺼릴 가능성이 크기 때문이다.

결국 WHO를 중심으로 한 국제보건협력에 있어서 선진국들이 상대적으로 큰 영향력을 행사하는 현재의 정치적 불평등 현상에 대하여 적극적인 검토가 절실하다. 오늘날의 국제보건협력체제가 여전히 강대국들의 영향력에 휘둘린다면, 회원국들의 협력체제를 통해 구축해 온 공정하고 투명한 이미지에 손상을 가져오고 상호 간의 신뢰를 구축하는 데에도 부정적인 영향을 초래할 것이다. WHO가 운영하고 있는 GOARN도 강대국들이 전염병 감시체제에 대한 국가적 이해관계를 가지고 있었기 때문에 추진될 수 있었다는 점은 시사하는 바가 크다(Davies, 2008: 308-313). 물론 국제문제를 해결하는데 있어 강대국들의 영향력을 무시할 수는 없지만, 그들 이외에도 수많은 행위자들이 참여하면서 서로 영향을 주고받는 상황에서 GHG의 작동 메커니즘을 투명하고 공정하게 관리하는 일은 무엇보다 중요하다. 특히 IHR을 준수하더라도 그 혜택이 선진국들에게만 돌아간다는 인식이 개발도상국 사이에 확산된다면, 제한된 자원과 역량을 지닌 이들 국가들로부터 적절한 수준의 국제협력을 기대하기는 무리일 것이다.

VII. 맺는 말

이상에서 IHR의 역사와 개정 과정을 개략적으로 살펴보면 그 것이 GHG의 전반적인 변화 속에서 갖는 정치적 의미와 한계를 논의하였다. 이를 위해 2005년의 IHR 개정 과정을 집중적으로 살펴보고 GHG의 역사적 배경, 내부 동학, 그리고 국제협력 메커니즘으로서의 한계를 짚어 보았다. 19세기 이래로 보건 분야에서 국가들 사이의 보건협력은 미미한 수준에서 출발했지만, 20세기에 들어와 WHO라는 본격적인 전담 국제기구를 설립하고 IHR을 제정하면서 바야흐로 “글로벌 보건거버넌스(GHG)”라는 가시적인 국제정치 의 흐름을 구축해 왔다. 특히 IHR의 개정은 그 동안의 국제협력의 빠르게 변화하는 세계화의 추세와 그로 인한 보건위험의 증가에 효과적으로 대처하지 못하고 있다는 성찰적 요구의 결과로서 이해할 수 있다. 이제 국제사회는 단일 국가가 결코 해결할 수 없는 전염병의 문제를 하나의 “안보” 과제로 인식하면서 이에 공동으로 대처하기 위한 준비에 나서고 있는 것이다.

이런 점에서 19세기의 국제보건협력으로부터 1969년 IHR을 중심으로 한 국제보건협력체제에 이르기까지 과거의 GHG는 전통적인 웨스트팔리아 체제의 그림자에서 벗어나지 못한 것으로 평가할 수 있다. 근대 국민국가의 주권은 결코 침해할 수 없는 신성불가침한 것으로 간주되었기 때문에, WHO를 비롯한 여하한 국제기구나 레짐도 개별 회원국의 관할권에 개입할 수 없었다. 초기의 IHR이 원래의 취지에도 불구하고 실효성 있는 성과를 거두지 못한 데에는 이와 같은 전통적인 국가 중심 패러다임이 자리 잡고 있었다. 이와 더불어 강대국 중심의 정책결정 구조 역시 전통적인 GHG의 효과를 반감시키는데 기여해 왔다. 전염병에 대한 검역조치와 규제가 국가들 사이의 교역에 장애물이 되지 않도록 하는데 주안점을 두었기 때문에 보건협력에서 사실상의 큰 효과를 기대하기 힘들었던 것이다. 이러한 한계를 극복하려는 시도가 바로 2005년의 IHR 개정이었다.

예측을 불허하는 보건환경의 변화는 1990년대의 세계화 추세와 발맞추어

더욱 가속화되었고, 글로벌 차원의 보건위협은 21세기에 들어와 오히려 심각해지는 양상을 띠고 있다. 특히 2002년의 SARS 사태는 전통적인 국가 중심의 GHG 체제로는 문제 해결이 어렵다는 인식을 촉발시켰고, 지지부진하던 IHR 개정노력에 박차를 가할 수 있는 계기가 되었다. 이제 글로벌 거버넌스는 보건 분야를 포함하여 환경, 인권, 안보, 기술, 에너지 등 다양한 영역에서 활발하게 이루어지고 있으며, 이 논문은 IHR의 개정과정을 세부적으로 검토함으로써 이러한 변화가 어떤 방향으로 이루어지는가를 심층 진단하였다. 물론 GHG가 국제정치의 근간을 뒤흔들 정도의 혁명적인 변화를 가져왔다고 판단하기는 아직 이르다. 또한 전통적인 국가의 영향력은 GHG를 비롯한 다자주의적 메커니즘 속에서 꾸준히 지속되고 있다. 이런 점에서 GHG가 갖는 의미를 확대 해석하는 일에는 신중을 기할 필요가 있을 것이다. 그럼에도 불구하고 오늘날 GHG는 미래의 국제사회가 처한 수많은 문제를 다루기 위한 새로운 패러다임의 한 유형을 보여 주기에 충분한 사례로서, 전통적인 국민국가 중심의 메커니즘과 글로벌 차원의 통합 메커니즘이 공존하는 하나의 과도기적 현상이라고 보아 무리가 없다 하겠다.

투고일자: 2014-10-14 심사일자: 2014-11-27 게재확정: 2014-12-29

참고문헌

- 김성원. 2007. 「국제법상 인간안보개념의 전개에 관한 일고찰: 국제 공중보건레짐의 전개를 중심으로」. 『법학논총』 24권 4호 pp. 97-98.
- 이현조. 2006. 「조류독감에 대한 국제법적 규제」. 『국제법학논총』 51권 1호 pp. 67-93.
- 장신. 2007. 「신 국제보건규칙(IHR 2005) 제정에 따른 국제보건법의 발전: 적용범위확대를 중심으로」. 『국제법학논총』 52권 2호 pp. 399-426.
- 이상환. 2008. 「전염병과 인간안보, 그리고 국가안보」. 『국제지역연구』 12권 3호 pp. 229-246.
- _____. 2009. 「갈등과 협력의 국제 보건 관계: 최근 전염병 사례에 대한 국제사회의 초기 대응을 중심으로」. 『정치정보연구』 12권 2호 pp. 83-97.
- 이신화. 2006. 「동아시아 인간안보와 글로벌 거버넌스」. 『세계정치』 5권 pp. 63-286.
- Baldwin, Peter. 2005. *Contagion and the State in Europe, 1830-1930*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Birn, A. 2009. "The Stages of International (Global) Health: Histories of Success of Successes of History?" *Global Public Health*, 4(1): 5058.
- Bishop, David. 2005. "Lessons from SARS: Why the WHO Must Provide Greater Economic Incentives for Countries to Comply with International Health Regulations." *Georgetown Journal of International Law*, 36: 1173-1226.
- Brundtland, Gro Harlem. 2003. "Global Health and International Security." *Global Governance*, 9: 417-423.
- Cash, Richard A. and Vasant Narasimhan. 2002. "Impediments to Global Surveillance of Infectious Diseases: Consequences of Open Reporting in a Global Economy." *Bulletin of the World Health Organization*, 78: 1353-1367.
- Chan, Margaret. 2012. "Best Days for Public Health are Ahead of Us." Address to the 65th World Health Assembly (21 May 2012).
- Chien, Eugene. 2003. "Beyond SARS: Give Taiwan WHO Status." *New York Times* (May 16).
- Cockerham, Geoffrey B. and William C. Cockerham. 2010. *Health and Globalization*. Cambridge: Polity Press.
- Davies, Sara E. 2008. "Securitizing Infectious Disease." *International Affairs*, 84(2): 295-313.
- _____. 2010. *Global Politics of Health*. Cambridge: Polity Press.
- Dodgson, Richard and Kelley Lee. 2000. "Globalization and Cholera: Implications for Global Governance." *Global Governance*, 6(2): 213-236.
- Eager, J. M. 1903. *The Early History of Quarantine: Origin of Sanitary Measures Directed Against Yellow Fever*. Washington: Government Printing Office.
- Fidler, David P. 1997. "The Globalization of Public Health: Emerging Infectious Diseases and International Relations." *Indiana Journal of Global Legal Studies*, 5(1): 11-51.
- _____. 2002. "Global Health Governance: Overview of the Role of International Law in Protecting and Promoting Global Public Health." *Discussion Paper*. Geneva: WHO.
- _____. 2005. "From International Sanitary Conventions to Global Health Security." *Chinese Journal of International Law*, 4(2): 325-392.
- Fidler, David P. and Lawrence O. Gostin, 2006. "The New International Health Regulations: An Historic Development for International Law and Public Health." *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 34(1): 85-94.
- Goldgeier, J. M. and P. E. Tetlock. 2001. "Psychology and International Relations Theory." *Annual Review of Political Science*, 4: 67-92.
- Gostin, Lawrence O. 2004. "International Infectious Disease Law: Revision of the World Health Organization's International Health Regulations." *Journal of the American Medical Association*, 291(21): 2623-2327.
- Heymann, David L. 2003. "The Evolving Infectious Disease Threat: Implications for

- National and Global Security.” *Journal of Human Development*, 4(2): 191-207.
- _____. 2004. “The International Response to the Outbreak of SARS in 2003.” *Philosophical Transactions: Biological Sciences*, 359(1447): 1127-1129.
- Heymann, David L. and G. Rodier. 2004. “Global Surveillance, National Surveillance, and SARS.” *Emerging Infectious Disease*, 10(2): 173-175.
- Howard-Jones, Norman. 1950. “Origins of International Health Work.” *The British Medical Journal*, 1(4661): 1032-1037.
- _____. 1975. *The Scientific Background of the International Sanitary Conferences, 1851-1938*. Geneva: World Health Organization.
- Jacobini, H. B. 1952. “The New International Sanitary Regulations.” *American Journal of International Law*, 42(4): 727-728.
- Katz, Rebecca and Julie E. Fisher. 2010. “The Revised International Health Regulations: A Framework for Global Pandemic Response.” *Global Health Governance*, 3(2): 1-18.
- Lee, Kelley. 2009. “Understandings of Global Health Governance: the Contested Landscape.” In Adrian Kay and Owain Williams (Eds.). *Global Health Governance: Crisis, Institutions and Political Economy*. London: Palgrave Press.
- Mack, Eric. 2006. “The World Health Organization’s New International Health Regulations: Incursion on State Sovereignty and Ill-Fated Response to Global Health Issues.” *Chicago Journal of International Law*, 7(1): 365-377.
- McDermott, Rose. 2004. *Political Psychology in International Relations*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- McInnes, Colin and Kelley Lee. 2012. *Global Health and International Relations*. Cambridge: Polity Press.
- Ricci, James. 2009. “Global Health Governance and the State: Premature Claims of a Post-International Framework.” *Global Health Governance*, 3(1): 1-18.
- Rosenau, James. 1995. “Governance in the Twenty-First Century.” *Global Governance*, 1: 13-43.
- Shannon, Vaughn P. and Paul A. Kowert (Eds.). *Psychology and Constructivism in International Relations: An Ideational Alliance*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Shen, Simon. 2004. “The SARS Diplomacy of Beijing and Taipei: Competition between the Chinese and Non-Chinese Orbits.” *Asian Perspective*, 28(1): 45-65.
- Stern, Alexandra Minna and Howard Markel. 2004. “International Efforts to Control Infectious Diseases, 1851 to the Present.” *JAMA*, 292(12): 1474-1479.
- Stowman, Knud. 1952. “International Sanitary Regulations.” *Public Health Rep*, 67(10): 972-976.

- Taylor, Allyn L. 1997. "Controlling the Global Spread of Infectious Diseases: Toward a Reinforced Role for the International Health Regulations." *Houston Law Review*, 33: 1327-1362.
- Velimirovic, Boris. 1976. "Do We Still Need International Health Regulations?" *The Journal of Infectious Diseases*, 133(4): 478-482.
- Youde, Jeremy. 2005. "Enter the Fourth Horseman: Health Security and International Relations Theory." *The Whitehead Journal of Diplomacy and International Relations*, 6: 193-208.
- WHO. 1983. *International Health Regulations (1969)*. Geneva: WHO
- _____. 1998. "Revision of the International Health Regulations. Regional Committee." WHO Report.
- _____. 2004a. "International Health Regulations: Working Paper for Regional Consultations." WHO Report.
- _____. 2004b. "Review and Approval of Proposed Amendments to the International Health Regulations." WHO Report.
- _____. 2004c. "Review and Approval of Proposed Amendments to the International Health Regulations: Explanatory Notes." WHO Report.
- _____. 2004d. "Report of the Consultation Meeting of the Revised International Health Regulations (IHR) for South American Countries." (April 5-7).
- _____. 2004e. "General Comment to WHO on the Draft of the Revised International Health Regulations." WHO Report.
- _____. 2004f. "Summary Report of Regional Consultations." WHO Report.
- _____. 2004g. "Report of the Consultation Meeting for the English Speaking Caribbean Countries for the Revision of the IHR." WHO Report.
- _____. 2004h. "Revision of the International Health Regulations, initial comments by the Government of Samoa." WHO Report.
- _____. 2004i. "Revision of the International Health Regulations Comments by the Swiss Government." WHO Report.
- _____. 2005. "Revision of the International Health Regulations: Note by the Secretariat." WHO Report.
- Zacher, Mark W. and Tania J. Keefe. 2008. *The Politics of Global Health Governance: United by Contagion*. New York: Palgrave Macmillan.

Global Health Governance and the Dynamics of International Cooperation:

A Case Study on the Revision of the International Health Regulations

Byoung Won Min

Professor, Department of Political Science and International Relations
Ewha Womans University

Kyung In Jin

M.A., Department of Political Science and International Relations
Ewha Womans University

The revision of the International Health Regulations (IHR) in 2005 represented a new stage of international cooperation for the challenge of complex and diversified health threats. The IHR had become the pivot of international health cooperation before it changed its face through revision in order to respond to new challenges in the new era of globalization. In this sense, the revision of the IHR symbolized a new type of Global Health Governance (GHG). A more fundamental change in perception of global health threats and the need for a more universal approach beyond the conventional state-centric one. The paper introduces historical backgrounds of the GHG and the features of it around the IHR. It also discusses why and how it would be changed in the twenty-first century. This will lead to the general argument about the nature of GHG in terms of its theoretical implications in the study of global politics.

Keywords: Global Health Governance, International Health Regulations, International Cooperation, Epidemics, World Health Organization

민병원. 이화여자대학교 정치외교학과 교수
서울시 서대문구 이화여대길 52 이화여자대학교 사회과학대학
Tel_02-3277-2766 E-mail_byomin@ewha.ac.kr

진경인. 이화여자대학교 정치외교학과 석사
서울시 서대문구 이화여대길 52 이화여자대학교 사회과학대학
Tel_ 010-4746-3402 E-mail_kyungin2@naver.com