

주제회의
이주

「국제인권법상 이주민의 건강권」 토론문

정종민
[전남대학교 글로벌디아스포라연구소 연구원]

우선 지난 20여 년 동안 UN 인권 모니터링 메커니즘, 증오 범죄, 표현의 자유, 교육권, 정보보호법, 성평등, 장애인권리, 사회권, 건강한 환경에 대한 권리 분야에서 활발하게 활동하고 계신 Tina Stavrinaki를 직접 뵙고 토론을 할 수 있어 무척 기쁩니다. 무엇보다 2020년 이래 유엔인종차별철폐위원회(UN Committee on the Elimination of Racial Discrimination: CERD)에서 경험한 내용을 세계인권도시포럼에서 들을 수 있어서 무척 고맙게 생각합니다.

저는 현재 전남대학교 글로벌디아스포라 연구소에서 이주 배경 청소년을 연구하고 있습니다. 다만, 인지증(dementia)과 돌봄을 전공한 인류학자로서 국제인권법에 대한 공부가 부족합니다. 이번 기회를 통해 부위원장의 경험과 통찰에서 배움을 얻고자 합니다.

먼저 발표 자료에는 포함되어 있지 않지만, 코로나-19 팬데믹 상황에서 유엔인종차별철폐위원회의 긴급성명과 관련된 내용을 묻지 않을 수 없습니다. 2022년 4월 25일, 유엔인종차별철폐위원회에서는 ‘코로나19 백신 차별과 불평등에 대한 성명(Statement on the lack of equitable and non-discriminatory access to COVID-19 Vaccines)’을 발표하였습니다. 저는 이것이 차별 없는 세계시민의 건강권 증진의 가능성을 보여준 것이라고 생각합니다. 이와 관련하여 유엔인종차별철폐위원회에서 성명이 채택되고 발표되는 과정에서 고민했던 점, 어려웠던 점, 아쉬웠던 점 등 당시 상황에 대해 듣고 싶습니다.

두 번째로 유엔인종차별철폐위원회의 ‘코로나19 백신 차별과 불평등에 대한 성명’은 코로나19가 단순히 의료적인 문제가 아니라 인종차별이 건강의 사회적 불평등의 요인이 된다는 것을 주목했다는 점에서 의의가 있습니다. 특히 의료적으로 취약계층인 장애인, 노인, 여성, (미등록) 이주민 등에서 피해가 컸다는 것은 의료인류학자 메릴 싱어(Merrill Singer)가 제안한 신데믹(syndemic) 개념(1996)¹⁾과도 깊은 관련이 있습니다. 즉 코로나19 발병률과 치명률은 취약계층이 처한 사회·문화·정치·경제·환경적 조건과 인종·나이·젠더·종교의 차이를 포함한 공중보건 정책과 깊은 관련이 있었습니다. 무엇보다 김사강 연구위원과 유원섭 공공보건의료지원센터장께서 발표했듯이, 한국의 ‘국민’ 중심의 강한 의료방역 정책은 이주민에 대한 마스크 부족과 건강의료보험 접근성의 한계를 보였습니다. 이와 관련해서 부위원장께서는 다양한 국가의 사례들을 소개해 주셨습니다. 한편 한국 정부는 발표 자료에는 포함되어 있지 않습지만, 정부주도의 3T(검사-추적-치료:Test-Trace-Treat)로 요약되는 K방역모델을 강력하게 추진하였습니다. 이에 대해 다른 국가와 비교하여 교수님께서 이해하고 있는 한국의 K방역모델에 대한 평가를 긍정과 개선해야 할 점 측면에서 듣고자 합니다. 특히 건강의 인적·물적 자원이 부족한 지역사회에서 이주민뿐만 아니라 지역주민 모두가 함께 도모할 수 있는 사례가 있다면 소개 부탁드립니다.

1) Singer, M (1996), "A dose of drugs, a touch of violence, a case of AIDS: Conceptualizing the SAVA Syndemic," *Free Inquiry in Creative Sociology* 24(2): 99-110.

세 번째, 유엔인종차별철폐위원회를 포함한 유엔의 건강권 담론과 실천에 대한 앞으로의 전망과 한계에 관한 것입니다. 최근 한국에서는 ‘질병권’²⁾ 개념이 사회적으로 주목을 받고 있습니다. 질병권 개념은 오늘날 건강한 몸을 사회의 토대로 간주한다는 점에서 ‘건강중심’ 사회라고 비판하면서 “질병권이 보장되는 잘 아플 수 있는 사회”를 제안합니다. 세계보건기구(WHO) 헌장에 따르면 건강은 “완전한 육체적, 정신적 및 사회적 복리의 상태를 뜻하고, 단순히 질병 또는 병약이 존재하지 않는 것이 아닌 도달할 수 있는 최고 수준의 건강을 향유한다.”라고 정의합니다. 나아가 이를 “인종, 종교, 정치적 신념과 경제적 또는 사회적 조건의 차별 없이 만인이 가지는 기본적 권리의 하나”로 규정하고 있습니다. 이는 건강의 복잡성(complexity)을 부각하는 데 기여를 했습니다. 하지만, ‘개별 인간’의 신체적·정신적·사회적 안녕한 ‘상태’에 초점을 두고 있다는 점에서 인간중심적이며, 역동적 과정으로서의 건강의 성격을 포함하는 데는 미흡하다고 생각됩니다. 이와 관련해서 현재 유엔의 건강 개념의 확장 및 포용성, 혹은 한계에 대한 부위원장님의 의견을 듣고자 합니다.

네 번째, 세 번째와 비슷한 맥락에서 포스트휴먼시대의 도래에 대한 인류의 성찰에 관한 것입니다. 코로나19 팬데믹이 인류에게 주는 가장 큰 교훈은 인간이라는 종(species) 혼자서는 지구라는 생태계에서 혼자 살 수 없다는 점이라고 할 수 있습니다. 당연히 인간너머 종들과 지속가능한 공존의 삶을 모색해야 한다고 생각합니다. 부위원장이 발표한 사례에서 보듯이 코로나19는 인간의 공공연한 개발정책으로 인한 직·간접적인 영향을 빼놓고는 설명할 수 없습니다. 지난 2023년 8월, 유엔인종차별철폐위원회에서는 건강권과 관련된 인종차별에 관한 일반권고 제37호 초안(Draft General Recommendation n°37 on Racial discrimination in the enjoyment of the right to health)을 모집하였습니다. 이와 관련하여 최근 인간중심의 건강권을 너머 비인간 종들과의 공생을 모색하는 제안 등과 관련된 의견을 듣고 싶습니다.

다섯째, 이곳 광주는 2017년 ‘외국인 주민의 건강증진에 관한 조례’를 제정한 ‘인권도시’로서 이주민의 건강권 확보와 의료서비스 보장 등에 기여를 하고 있습니다. 2023년 4월에는 ‘국민’을 대상으로 한 ‘광주다움 통합 돌봄(광주형 돌봄)’을 시행하고 있습니다. 하지만 여전히 입법 및 행정 집행과정에서 이주민의 참여는 부족하다고 생각합니다. 이와 관련해서 좀 더 포용적이며 열린 건강도시(health city) 만들기의 사례가 있다면 소개해 주셨으면 합니다.

2) 조한진희, 2019, 『아파도 미안하지 않습니다』, 동녘.