

보건정책과 사회역학

한양의대 예방의학교실 신 영 전

서론

보건의료정책(health policy)이란 보건의료 수요, 가용 자원 그리고 정치적 압력 등에 부응하기 위한 활동의 우선순위와 관련 요인을 정의하는 기관들, 그 중에서도 특별히 주로 정부의 공식적인 선언과 과정을 말한다 [1]. 또한 보건의료정책학이란 보건의료의 조직, 재정, 전달방식에 관한 학문으로 보건의료체계 구조와 그것에 내재한 문제들을 만들어내는 광범위한 사회세력에 대한 조망을 제공하는 경제학, 사회학, 조직행동학 등과 같은 영역으로부터 유도된 이론들에 의해 이루어진 학문이다. 광의의 의미에서 보건의료정책학은 대중의 건강에 영향을 미치는 요인과 세력들을 모두 포함하며, 보건의료부문 전반의 적절한 구축 방식에 우선적인 관심을 가진다 [2]. 이러한 정의에 따르면, 결국 훌륭한 보건의료정책이란 대중의 건강에 영향을 미치는 요인들을 정확히 찾아내고 그것을 개선시킬 수 있는 가장 적절한 방법들을 찾아내거나 개발하여 이를 효과적으로 수행하는 것이 될 것이다. 따라서 건강을 어떻게 정의하고, 또 그것의 결정 요인들이 무엇인지 확인하는 것이 보건의료정책의 출발점이 된다. 바로 이 출발점에서 보건의료정책은 역학이라는 영역과 조우한다. 역학은 '인구 집단의 건강 수준의 분포와 결정 요인을 다루는 학문 [3]'이기 때문이다.

최근 미국과 영국을 중심으로 활발한 연구활동을 해오고 있는 사회역학자들은 Susser의 역학에 대한 정의가 사회역학에도 적용될 수 있는 기본적인 것이라는 점에 동의하면서도 현재 역학적 연구방법론의 주류를 이루고 있는 세포 내 역동(intracellular dynamics)과 사회적 역동(societal dynamics) 중심의 역학적 접근 방식 모두를 비판하고 이들 모두를 포괄하는 새로운 형태의 '다수준 생태역학(multilevel eco-epidemiology)'이 필요하다고 주장해 오고 있다 [4]. 또한 이들은 질병의 예방을 위해서는 기존의 고위험군전략(high-risk strategy)이 아니라 집단기반 전략(population based strategy)에 기초한 보건사업을 진행하여야 한다고 주장한다 [5]. 이러한 사회역학자들의 주장은 역학이 인구집단의 건강 수준의 분포와 결정 요인을 다루는 학문이지만 이에 대한 접근 방식에 있어서는 기존의 역학적 접근 방식

과는 다른 관점이 존재할 수 있음을 보여주는 것이다. 이 논문에서는 최근 새로운 관심 분야로 대두되고 있는 사회역학의 정의, 주요 개념 및 접근 방식이 무엇인지 살펴보고 이러한 특성이 가지는 보건정책적 함의를 살펴보고자 한다.

사회역학의 정의

사회역학은 건강의 사회적 분포와 사회적 결정요인들에 대해 연구하는 역학의 한 분야이다 [6]. 특별히 사회역학의 핵심적인 근거 이론인 질병의 사회적 원인론에 대해 Syme은 사회구조 안의 다른 위치에 자리한 사람들 사이에서 나타나는 특정 질환의 발생률 변이를 체계적으로 살펴보고, 그러한 사회구조 안에서 그들이 차지하는 지위가 어떻게 그들을 특정질환에 더, 혹은 덜 취약하게 만드는지에 대한 탐구를 시도하는 것이라고 정의하고 있다 [7].

사회역학자들은 사회역학의 역사적 전통을 17세기 영국의 한 지역 교구의 지역별 사망통계를 작성하면서 사회 계급에 따른 사망률의 차이를 기록하였던 John Graunt [8], 북부 실레시아 지방에 창궐했던 발진 티프스 유행에 대한 조사를 마친 후 이러한 전염병의 유행의 원인을 궁핍과 저발전이라고 규정했던 Virchow [9], 그리고 가장 개인적이고 사적인 행위 중의 하나인 자살 연구를 통해 시간이 경과하고 집단을 이루는 개인들이 들고 남에도 불구하고 국가나 집단의 자살률이 유형화된 규칙성을 보임을 증명한 Durkheim [10] 등에서 찾고 있으며, 19세기와 20세기 초 미국과 영국에서 시작되었던 공중위생운동 [11] 역시 사회역학적 접근방식을 보여주는 주요한 사건으로 간주하고 있다.

사회역학이 기존의 역학과 가지는 차별성에 대해 Krieger는 사회적 변수를 단지 생의학적 현상의 배경으로 다루기 보다 인구 집단의 건강, 질병, 그리고 안녕의 분포에 영향을 미치는 사회적 결정 인자에 대한 명료한 조사를 강조하는 데 있다고 주장하였다 [12]. 이렇게 기존의 역학적 접근 방식과 일정 정도 차별성을 가지는 사회역학이 최근 주목을 받고 있는 이유는 일차적으로 기존의 역학적 접근방식이 가지는 한계성 때문이다. 이와 관련 하여 Syme은 다음과 같이 언급하고 있다.

“역학자들은 1950년대 초반 이래 세계가 보았던 가장 적극적인 방식으로, 그리고 충분한 재원을 바탕으로 관상동맥질환을 연구해왔다. 전 세계적인 노력이 투입된 이 시기 동안, 수많은 중요한 위험 요인들이 발견되었다. 그 중 모든 이들이 동의하는 세 가지 요인은 흡연, 높은 혈

압, 높은 콜레스테롤이다. 수많은 다른 위험 요인들도 제기되었는데, 완전한 합의가 이루어지지 않은 요인들로는 비만, 신체 활동량 부족, 당뇨, 혈중 지질과 응고 요인, 스트레스, 다양한 호르몬 요인 등이 있다. 그럼에도 불구하고, 이 위험 요인들을 모두 함께 고려했을 때 관상동맥 질환 발생의 단지 약 40%만을 설명할 수 있을 뿐이다 [13]."

그렇다면 관상동맥질환의 원인론과 관련하여 숨어있는 60%는 어떻게 찾을 수 있을까? 사회역학자들은 기존의 역학적 접근에서 간과되고 있었거나 설명 인지된 영역이었다 할 지라도 그 접근 방법에 한계가 있었던 영역이었던 생물학적 기전의 다수준적이면서 상호작용적인 환경 속에서 그 답을 찾으려 한다. 이러한 맥락 속에서 그간 상대적으로 간과되거나 소홀하게 다루어져 왔던 사회적 맥락 또는 사회적 세계(social world)의 중요성을 강조한다. 그 예 중 하나가 건강 불평등이다. Berkman과 Kawachi는 과거 전염성 질환에서 이제 비전염성 질환이 사망과 장애의 주된 요인이 되었지만 건강의 사회적 불평등은 여전히 남아있으며, 이러한 건강 불평등의 지속적 양상은 통상적 관점에 비해 사회적 경험을 좀더 직접적인 질병과 장애의 원인으로 통합시키는 병인론을 이해할 수 있는 (새로운) 역학적 접근법을 요구하고 있다고 주장한다 [6].

사회역학연구의 주요 접근 방식과 보건정책적 함의

사회역학연구의 주요 접근 방식과 그것이 가지는 보건정책적 함의를 요약하면 다음과 같다.

1. 전체론적, 생태학적 접근방식 (holistic, ecological approach)

사회역학의 근간을 이루는 가장 기본적인 인식은 건강과 질병 그 자체와 그것들에 영향을 미치는 것들을 하나의 전체성 속에서 찾으려 한다는 것이다. 이것은 사회역학의 성격을 올바르게 이해하는데 매우 중요한데, 사회역학이 사회적 요인만을 강조하고 기존의 연구 분야들이 강조해온 생물학적 요인들의 의미를 폄하하려는 학문이 아니라 전체론적 인식 속에서 그간 상대적으로 관심의 영역에서 벗어나 있던 사회적 요인들과 건강간의 관계를 복원시킴으로써 이른바 하나의 완성된 그림을 그려내고자 하는 학문이기 때문이다. Susser와 Krieger가 강조한 세포 내 역동과 사회적 역동을 모두 포괄하는 생태역학은 바로 이러한 전체론적 인식을 구체화한 것

이다. 따라서 전통적 역학이 집단을 개인의 합 또는 산술적으로 정의하는 반면에 사회역학은 인구 집단이나 사회제도를 개인의 수준을 넘어서는 전체성으로 파악하고, 질병 과정을 시간에 따라 사회적 조건의 변화를 고려하는 맥락적 모형 속에서 파악하고자 노력한다. Susser는 최근의 작업에서 생명체의 생물학적 기전은 다수준적이고 상호작용적인 환경 속에서 결정되는 것이기 때문에 역학은 본질적으로 생태학적이라고 다시 한번 강조하였다 [6].

이러한 사회역학의 전체론적 시각이 잘 반영되어있는 것이 바로 '건강의 장 (health field concept) 이론'이다 [14]. 건강의 장 이론은 기존의 생의학적 모형과 치료중심 의학에 대한 반성의 결과 새로이 천명된 개념으로 건강과 질병을 전체론적 관점에서 파악하고 있는 사회역학의 관점과 그 기본적인 철학적 기반을 같이한다. 건강의 장이 표방하는 대로 건강은 단순히 생물학적으로 결정되는 것이 아니라 환경, 생활습관과 보건의료체계 등 다른 많은 요인들에 의해 결정되는 까닭에 한 개인이나 국민의 건강을 보호 증진시키기 위해서는 이들 모든 영역들이 서로 유기적인 관계를 맺으며 협력하지 않으면 안 된다는 논리적 귀결로 우리를 이끈다. 무엇보다 이 건강의 장 개념은 사람들로 하여금 건강에 대해 보건의료라는 상자 밖 (outside the box of health-care)으로 눈을 돌리게 해 주었다 [15]. 이러한 접근은 보건의료분야 종사자나 특히 보건의료 정책가들에게는 매우 당혹스러운 것일 수 있다. 왜냐하면 건강의 장 개념에 따라 국민을 건강하게 만들기 위해서는 양질의 보건의료서비스를 제공하는 것만으로는 안되며, 그들에게 건강한 사회적, 물리적 환경을 제공하고, 그들이 건강한 생활습관을 가질 수 있도록 다양한 정책수단을 동원해야 한다. 구체적으로 먼지 나는 도로를 녹지공간으로 바꾸고, 지역주민이 언제든지 이용할 수 있는 공공운동시설을 늘리며, 안전벨트를 착용하도록 만드는 일 등을 적극적으로 수행하여야 하는데, 오랫동안 이러한 일들은 보건정책가들이 관심을 가져야 하는 보건 사업이나 정책이 아니라고 여겨져 왔기 때문이다.

생태학적 접근방법과 관련하여 최근 사회역학부문에서 활발하게 이루어지고 있는 연구가 지역을 단위로 하는 생태학적 연구이다. '장소(place)', '공간(space)' 등으로 정의될 수 있는 '지역'이라는 변수는 2,400년 전 Hippocrates [16, 17], 서기 900년경 이슬람권의 유명한 의사인 Rhazes에게 있어서도 건강과 관련하여 매우 중요한 의미를 가졌다 [18].³⁾ 최근 지역을 분석의 단위로 질병의 원인을 구명하는 연구들이 활발히 진행되고 있는데, Krieger 등이 진행하고 있는 Geo-Coding Project

3) Hippocrates는 그의 『Air, Waters, and Places』에서 사람의 습관은 그들이 살고 있는 지역의 성격과 긴밀한 관계를 가진다고 하였고, Rhazes는 병원을 세울 때, 신선한 고기를 여러 장소에 매달고, 가장 늦게 썩는 곳에 병원을 세웠다는 기록이 남아있다.

[19]가 그 좋은 예이다. 정책에 있어 기본적인 행정 단위가 지역이라는 점에서 이러한 지역단위 생태학적 연구의 결과는 지역을 단위로 보건정책이나 사업을 설계하고 수행하는데 유용하게 활용할 수 있다.

사회역학의 기본적인 철학적 토대가 되는 이러한 전체론적 접근은 사회의학과도 긴밀한 친화성을 가진다. 사회의학(social medicine)은 19세기말 유럽을 중심으로 시작된 사상적, 학문적 한 분파이다. 독일의 Virchow, Neumann 등이 제기한 사회의학은 시기와 지역에 따라 다양한 의미로 사용되어왔으나 다음과 같이 세 가지 공통된 원칙을 포함하고 있다. 첫째, 사회, 경제적 조건들이 건강, 질병 그리고 치료에 중대한 영향을 미친다. 둘째, 인구 집단의 건강은 사회적 문제(a matter of social concern)이다. 셋째, 사회는 개인적인 방법과 사회적인 방법 모두를 동원해서 건강을 증진시켜야 한다는 것이다 [11]. 이상과 같은 사회의학의 기본 원칙은 사회역학의 접근방식과도 거의 일치한다. 그 구체적인 예 중 하나로, 사회의학의 대표적인 인물인 Guevara가 1964년 쿠바에서 행한 연설의 한 구절은 전체론적 접근방식을 기반으로 하는 이 둘간의 사상적 친화성이 얼마나 긴밀한 지를 잘 보여준다.

질병과 싸우는 원칙은 강인한 육체를 만드는 것에 기초하여야 한다. 하지만 그것은 병약한 개체를 의사들의 기술로 강인하게 만드는 것이 아니라 전체의 총체적 작업(the work of the whole collectivity)을 통해서, 다시 말해 사회 전체의 총체성(the entire social collectivity)을 통해서 강인한 몸을 만들어 내는 것이어야 한다 [20].

2. 인구집단적 접근방식 (population based approach)

개인은 사회와 인구집단에 속해 있다. Rose의 인구집단적 관점이 보여주는 중요한 통찰력은 개인이 질병에 걸릴 위험이 그가 속한 인구집단의 질병위험과 분리하여 생각할 수 없다는 것이라고 주장하였다 [5]. 즉 개체는 전체를 닮는다. 따라서 인구집단적 관점을 역학연구에 적용한다는 것은 이 사람은 왜 아픈가?라는 물음에 이 인구집단은 왜 이와 같은 위험요인의 분포를 갖는가?라는 질문을 덧붙여야 함을 의미한다 [6].

이러한 인구집단적 접근 방식은 기존의 고위험군 전략을 집단기반전략으로 전환할 것을 요구한다. 예를 들어, 건강증진을 위해서는 건강에 부적절한 행동을 줄여야 한다는 결론은 일견 옳은 주장이지만, 부적절한 행동을 보이는 사람들의 상당수가 가난한 사람인 경우가 많다면, 보다 실질적인 건강증진의 기획과 시행을 위해서 우

리는 왜 가난한 사람은 부적절하게 행동 하는가?라는 질문을 던질 필요가 있다 [21]. 또한, 인구집단적 접근방식에서는 사회적 맥락을 이해하는 것이 필수적이며, 이러한 사회적 맥락을 구성하는 다양한 개념들, 사회자본(social capital), 사회네트워크(social network), 사회응집력(social cohesion), 사회적 위계(social hierarchy) 등과 같은 요소들과 건강과의 연관성에 대한 이해가 필요하다.

이러한 인구학적 접근방식이 가지는 보건정책적 함의는 매우 광범위하다. 개개인 뿐 만 아니라 특정 인구집단의 특성을 변화시키기 위해서는 이들 집단의 역사, 문화, 사회경제적 수준 및 그 인구집단이 가지고 있는 위계, 상호신뢰, 응집력, 네트워크, 인구집단간 갈등 및 여론 등에 대한 정확한 분석이 필요하며, 이러한 분석결과에 기초하여 이웃, 가족 및 여론주도자들의 정책참여와 지지를 유도해나가며, 전문적인 사회 마케팅(social marketing)의 기법들을 개발하고 적용해 나가야 할 것이다.

3. 발달과 생애과정적 접근방식(development and life-course approach)

발달과 생애과정적 접근방식은 건강상태가 현재의 조건들뿐 만 아니라 태아 때부터 삶의 환경의 체화(embodiment)를 반영한다는 것이다 [12]. 그러한 생애과정적 접근방식에서 어떤 이들은 태아 시기를 포함하는 특정 시기의 중요성을 강조하기도 하고 [22], 그 누적적 성격을 강조하기도 한다 [23].

발달과 생애과정적 접근방식과 관련한 좋은 예 중의 하나가 Pima Indian과 관련한 것인데, 척박한 땅에서 오랜 기간 살아온 Pima Indian 중 미국 아리조나에 정착하여 상대적으로 풍족한 생활을 하게된 남자들은 약 54%에서 인슐린 비의존성 당뇨병을 가진 반면, 여전히 과거와 유사한 생활 속에서 살아가는 멕시코의 남자 Pima Indian의 경우, 단지 6.3%만이 인슐린 비의존성 당뇨병을 가지고 있는 것으로 나타났다 [24]. 이것은 부모의 영양부족이 태아의 유전자에 영향을 미치고 이것이 다시 출생 후 성인의 건강에도 중요한 영향을 미친다는 것을 보여준다. 그 밖에도, 최근 태아시 건강문제가 성인이 되었을 때 영향을 미친다는 많은 연구들이 보고되고 있다 [25, 26]. 한편, 위험인자의 누적과 관련하여, Karlamangla 등은 최근 미국 성인의 심혈관계질환의 다양한 위험인자들을 누적적으로 통합하여 누적 위험요인 지수(accumulated risk score)를 만들어 심혈관계 질환과의 상관성을 살펴보고 어린 시절 위험인자 축적의 중요성을 확인하기도 하였다 [27].

이러한 생애과정적 접근방식이 보건정책 부문에서 주는 가장 중요한 함의는 그 개입의 시간적 지점을 설정하는 데 있다. 예를 들어 위험인자의 영향이 전 생애에 걸쳐 누적적으로 이루어진다는 이러한 접근방식을 수용할 경우, 이러한 위험인자에

대한 대응정책이나 프로그램 역시 전 생애를 걸쳐 지속적으로 이루어져야 하기 때문이다. 예를 들어, 생애과정적 접근방식에 따르면 성인의 순환기계질환의 유병률을 줄이기 위한 개입의 방법을 설계할 때, 성인을 대상으로 한 개입뿐만 아니라 모성 건강과 영유아를 대상으로 한 프로그램에 상당한 비중을 두어야 할 필요성을 제기한다.

4. 맥락적 다수준적 접근방식 (contextual multi-level approach)

기존의 고식적 위험요인 역학(risk factor epidemiology)의 주된 방식인 개인수준 위험요인의 독립적인 분석만으로는 문화, 정책 또는 환경이 어떻게 건강에 영향을 미치는가를 분명히 밝혀내지 못한다. 사회과학분야에서 개발된 다수준 분석은 다양한 수준, 예를 들어 개인, 작업장, 이웃, 국가 또는 지리적 지역 등과 같은 다른 수준에서 측정되어지는 결정인자들과 건강과의 관련성을 동시에 살펴볼 수 있는 방법을 제공하고 있다 [28, 29].

맥락적 다수준적 접근방식이 보건정책에서 가지는 함의는 다음과 같다. 첫째, 이른바 사회적 맥락에 대한 관심의 환기이다. 둘째, 다수준적 접근방식은 개인변수의 통제에 집중하던 과거의 분석에서 더 나아가 집단, 지역사회 또는 국가 수준의 다양한 정책적 개입의 필요성을 제기한다. 예를 들어, Cronin의 연구에 따르면 시카고와 잉글랜드에서 모두 20-24세의 남자에서 살인율이 가장 높지만 시카고의 살인율은 잉글랜드에 비해 30배나 높은 것으로 나타났다 [30]. 여기서 우리는 살인을 예방하기 위해 위험성이 높을 것 같은 개인들을 찾아 내어 개입을 시도할 수도 있지만 만약 살인율이 개인의 특성뿐만 아니라 병든 사회의 반영일 수도 있다고 볼 경우, 우리는 어떻게 하면 그 사회를 개선시킬 수 있을 것인가에 대해서도 고민하게 될 것이다. 여기서 사회 네트워크, 사회자본과 같은 변수들이 이러한 사회집단의 특성을 나타내는 새로운 변수들이 될 수 있으며, 정책은 개인의 특성 변수를 교정하기 위해 노력해야 할 뿐만 아니라 이러한 사회집단의 특성 변수들을 변화시키기 위해 노력해야 할 것이다. 셋째, 사회 네트워크, 사회자본과 같이 지역사회나 공동체에 기반을 둔 개념의 제시는 한발 더 나아가 지역운동이나 집단 내 활동의 이론적 근거를 제공할 수 있다. 즉 지역사회의 사회적 자본을 확대시키기 위한 지역사회 보건복지시설의 확충, 자원봉사 및 이웃간의 연대 의식 고양 등과 같은 활동들을 확대해 나가거나 확대를 요구하는 운동에서 이러한 다수준적 접근은 유용한 이론적 기반과 그에 상응하는 연구결과들을 제공할 수 있을 것이다.

보건의료정책에서 '건강공공정책(healthy public policy)'으로의 전환

생의학적 담론이 지배적인 담론으로 자리잡고, 의학기술의 발전과 의료서비스의 상품화, 그리고 치료 중심의 보건의료의 주를 이루고 있는 상황 속에서 보건의료정책(health policy)은 의료서비스에 관한 정책(medical care policy)의 동의어가 되어가고 있다. 그러나 캐나다, 스웨덴 등 많은 나라에서는 급증하는 진료비의 부담과 이러한 치료중심 의료서비스가 그 기대만큼 건강증진에 기여하지 못하고 있다는 반성 속에서 새로운 보건의료정책방향을 모색하고 있다. 이러한 노력 속에서 제안되고 있는 정책이 '건강공공정책(healthy public policy)'이며 이것은 앞서 언급한 사회역학적 접근 방식과 기본적인 맥락을 같이 한다.

Milio에 정의에 의하면 '건강공공정책(healthy public policy)'이란 사람들의 삶의 조건들: 위험이 없고, 안전하며, 적절하고 지속 가능한 삶의 형태, 생활습관, 환경(여기에는 주거, 교육, 영양, 정보의 교환, 어린이들의 돌봄, 이동수단 그리고 지역사회와 개인 수준의 사회, 보건의료서비스를 포함한다)을 개선시키는 정책을 말한다. 그리고 그는 이러한 정책의 적절성은 사람들의 건강에 미치는 이들의 영향에 의해 측정되어질 수 있다고 하였다 [31, 32].

이러한 '건강공공정책(healthy public policy)'에 취지에 부합하는 대표적인 정책의 예가 세계보건기구의 건강도시 프로젝트(healthy city project)와 최근 스웨덴 정부가 내놓은 '스웨덴 국가공중보건목표(National public health objectives for Sweden)'이다.

1. 세계보건기구의 건강도시 프로젝트(Healthy city project)

세계보건기구의 건강도시 프로젝트는 1986년 시작되어 2005년 현재 전세계 약 3,000여 개 지역으로 파급되어 실시 되고 있는 프로그램이다. 여기서 '건강도시'란 물리적, 사회적 환경을 지속적으로 창조하고 개선해나가며, 도시구성원들이 생활의 모든 기능을 수행하고 잠재 능력을 최대한 개발하는 데에 서로 상부상조할 수 있도록 지역사회의 자원을 확대시켜 나가는 도시를 말한다 [33]. 건강도시 프로젝트는 그 수행에 있어 다음과 같은 다섯 가지 원칙, 즉 1) 건강한 공공정책(healthy public policy)의 수립, 2) 지지적 환경의 조성, 3) 지역사회 주민의 참여와 네트워크 구축, 4) 개개인의 보건의료 지식과 기술함양, 5) 양질의 보건의료서비스 제공을 중요하게 간주하고 있다. 다시 말해, 세계보건기구의 건강도시 프로젝트는 종래의 보건부나

보건소중심 프로그램을 넘어 지역의 모든 공공정책을 건강을 중심으로 전환하고, 지역사회 물리적, 사회적 환경을 친건강적으로 전환하며, 이 과정 속에서 지역사회주민들 스스로의 지식과 기술을 향상시키고, 지역사회 내 다양한 네트워크들을 활성화한다는 것이다. 또한 기존의 의료서비스를 예방과 일차 의료 중심으로 전환하고 그 접근도를 향상시켜야 한다고 강조하고 있는 것이다. 이들 요소들은 앞서 언급한 건강공공정책과 사회역학의 핵심 개념들을 공유하고 있다.

2. 스웨덴의 새로운 공공건강정책 (National public health objectives for Sweden)

2003년 4월 스웨덴 의회는 '스웨덴 국가공중보건목표(National public health objectives for Sweden)'에 관한 법률을 통과시켰다. 이 법령의 목적은 병원과 치료 영역에 인력과 재원이 집중되는 것을 막고 보건정책을 사회정책의 핵심적인 한 부분으로 만들어 건강공공정책을 구현하기 위한 것이었다. 여기에서 스웨덴은 11개의 정책목표를 설정하였는데 그것은 1) 주민들의 참여와 영향력 행사, 2) 경제 및 사회 보장, 3) 어린이와 청소년에 대한 우호적 사회조건보장, 4) 보다 건강한 작업환경, 5) 건강하고 안전한 환경 및 생산물, 6) 보다 적극적으로 건강을 지향하는 보건 및 의료, 7) 전염성질환의 효과적 관리, 8) 안전한 성생활과 좋은 생식건강 (reproductive health), 9) 올바른 식습관과 안전한 식품, 10) 담배 및 술소비량의 감소, 마약 근절 및 도박의 위해 감소였다 [34]. 특별히 스웨덴의 이러한 정책목표 설정과 관련하여 gren은 개개인들이 자신을 둘러싸고 있는 세계에 대해 영향을 미칠 수 있는 권한과 가능성을 가지는 것이 그들의 건강에 있어 매우 중요함을 강조하고 있다. 또한, 기본적 보건의료영역과 관련하여, 그간 국민들의 건강을 위하여 중요한 역할을 해온 것이 분명하지만, 보건의료부문이 훨씬 더 '건강중심'으로 변화할 필요가 있다고 강조하고 있는데, 여기서 '건강중심'으로의 전환'은 건강에 대한 관점을 보다 '전체론적(holistic)'으로 전환하고 건강증진과 예방적인 방법으로 전환하는 것을 의미한다고 밝히고 있다 [34]. 이러한 스웨덴의 새로운 건강정책의 핵심 역시 사회역학이 지향하는 건강에 대한 접근방식 및 건강공공정책의 지향과 일치한다고 할 수 있다.

맺는말

위에서 언급한 사회역학의 주요 접근방법들은 개별적으로 분리되어 논의 될 수

없으며, 또한 서로 긴밀히 연결되어있을 뿐만 아니라 그 기본적인 성격도 공유한다. 예를 들어, 인구집단적 접근방식은 다수준적 접근방식의 핵심적인 개념이고 이 둘 모두는 모두 전체주의적 또는 생태적 접근방식의 구체적인 내용이기도 하다.

사회역학적 접근방식은 세포 내 역동과 사회적 역동을 모두 포괄하는 생태역학을 지향한다. 또한 사회역학은 비비원숭이의 코티졸 농도와 정부 정책간의 연관성을 설명하려 시도한다. 이러한 노력을 통하여 기존의 역학적 방법으로 설명해 내지 못했던 건강과 질병의 인과관계를 구명하며 마침내 하나의 완성된 그림을 그려내려고 한다. 또한 이들은 건강과 질병의 인과관계가 사회의 전체성 속에서 파악되고 설명되어야 한다고 믿는다. 그런 점에서 이들은 진리는 전체이다(The truth is the whole) [35]라고 말했던 Hegel의 후예인 셈이다. 그러므로 사회역학은 의료사회학, 건강심리학, 생리학, 정신신체의학, 사회의학, 예방의학, 생물학, 유전학 등과 같은 다양한 학문 분야와의 결합을 통해서만이 그 목적의 피안에 다다를 수 있다. 이러한 까닭에 사회의학은 자칫 '고립된 섬'처럼 되어 버리기 쉬운 의학, 보건학 영역을 보다 보편적 담론의 세계로 이끄는 중요한 통로가 될 수 있다.

현재 한국 사회가 가지는 역사적 사회적 맥락과 관련하여, 사회역학의 연구와 그 적용에 있어 추가적인 관심을 가져야 할 영역은 다음과 같다.

첫째, 사회역학에서 있어서 중요한 이론적 기반이 되는 전체론적, 생태론적 접근 방식, 그리고 상호작용의 강조 등은 오랫동안 한국 사회에서 발전시켜온 유·불·선의 전통 사상들과 긴밀한 친화성을 보인다 [36, 37]. 따라서 그간 우리 사회가 발전시켜온 중요한 가치와 경험들을 결합하여 한국 사회에 뿐만 아니라 세계적으로 보편 타당성을 가진 견고한 이론으로 발전시켜 나가는 작업이 필요하다.

둘째, 1997년 말 경제 위기 이후 한국 사회는 급속한 양극화가 진행 중이다. 이러한 사회적 불평등은 사회역학 영역에서 매우 중요하게 간주되는 변수이다. 왜냐하면, 소득의 불평등은 인적 자본에 대한 저투자를 야기하고 [38], 사회조직을 분열시켜 '사회자본'에 대한 투자를 회수하도록 만들며 [39, 40], 직접적으로는 불공평한 사회적 비교에 의해 일어나는 좌절감과 같은 결정적인 심리적 경로를 통해 불건강을 야기하기 때문이다 [41, 42]. 그간 사회역학분야에서 진행한 연구방법론과 결과들은 우리 사회의 건강 불평등의 양상을 체계적으로 살펴보고 그 대안을 모색하는데 유용하게 활용될 수 있을 것이다.

셋째, 양극화 및 건강 불평등뿐만 아니라 사회역학 영역에서 중요한 연구 변수로 간주하고 있으면서 우리 사회에서는 상대적으로 관련 연구가 충분하지 않은 젠더, 차별, 계급과 사회적 지위, 사회자본, 사회응집력, 불안정한 노동조건 등의 변수들과

건강과의 관련성을 구명하고 그에 대한 효과적인 보건사업과 정책을 개발하는 작업들에 대한 관심을 더욱 기울여 나가야 할 것이다.

하지만 사회역학은 아직도 보다 많은 증거, 다양한 분석기법의 개발을 위한 노력이 요구되는 영역이다. 이러한 노력들을 통해 사회역학이 보다 풍부한 과학적인 증거들을 만들어낼 때 보건정책 역시 풍부한 과학적 근거에 기반한 좋은 정책들을 만들어 낼 수 있을 것이다.

참 고 문 헌

1. WHO. Health Promotion Glossary (document WHO/HPR/HEP/98.1). Geneva: WHO; 1998.
2. Barr DA. Introduction to U.S. Health Policy. San Fransisco: Benjamin Cummings; 2002.
3. Susser M. Causal thinking in the health sciences; concepts and strategies in epidemiology. New York: Oxford Press; 1973.
4. Weed DL. Beyond black box epidemiology. *Am J Public Health* 1998;88(1):12-4.
5. Rose C. The strategy of preventive medicine. England: Oxford University; 1992.
6. Berkman LF, Kawachi I, editors. Social Epidemiology. New York: Oxford University Press; 2000.
7. Syme SL, Hyman MM, Enterline PE. Cultural mobility and the occurrence of coronary heart disease. *J Health Hum Behav* 1965;6(4):178-89.
8. Graunt J. Natural and political observations mentioned in a following index, and made upon the bills of mortality, London. Baltimore: reprinted Johns Hopkins University Press; 1662.
9. Virchow R. Report on the typhus epidemic in Upper Silesia. In: Rather LJ, editor. Rudolph vircheL collected essays on public health and epidemiology. Canton, MA: Science History; 1848.
10. Durkheim E. Le suicide. Paris: F. Alcan; 1930.

11. Rosen G. From medical police to social medicine: essays on the history of health care. New York: Science History Publications; 1974.
12. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *Epidemiol Bull* 2002;23(1):7-11.
13. Syme SL. Preface. In: Berkman LF, Kawachi I, editors. *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000.
14. Lalonde M. *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada; 1974.
15. Groff P, Goldberg S. *The Health Field Concept Then and Now: Snapshots of Canada*: Canadian Policy Research Networks; 2000.
16. Lloyd G, editor. *Air, Waters, Places, Hippocratic writings*. London: Penguin Books; 1983.
17. Krieger N. Place, space, and health: GIS and epidemiology. *Epidemiology* 2003;14(4):384-5.
18. Tan SY. Rhazes(835-925 A.D.):Medical Scholar of Islam. *singapore Medical Journal* 2002;43(7):331-332.
19. Krieger N, Chen JT, Waterman PD, Soobader MJ, Subramanian SV, Carson R. Geocoding and monitoring of US socioeconomic inequalities in mortality and cancer incidence: does the choice of area-based measure and geographic level matter? the Public Health Disparities Geocoding Project. *Am J Epidemiol* 2002;156(5):471-82.
20. Guevara EC. On Revolutionary Medicine. *Obra Revolucionaria* 1960;24.
21. Lynch JW, Kaplan GA, Salonen JT. Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Soc Sci Med* 1997;44(6):809-19.
22. Barker DJ, Meade TW, Fall CH, Lee A, Osmond C, Phipps K, et al. Relation of fetal and infant growth to plasma fibrinogen and factor VII concentrations in adult life. *Bmj* 1992;304(6820):148-52.
23. Ross CE, Wu CL. The links between education and health. *American Sociology Review* 1995;60:719-745.
24. Ravussin E. Energy metabolism in obesity. Studies in the Pima Indians. *Diabetes Care* 1993;16(1):232-8.
25. Fall CH, Vijayakumar M, Barker DJ, Osmond C, Duggleby S. Weight in infancy and prevalence of coronary heart disease in adult life. *Bmj* 1995;310(6971):17-9.
26. Boule NG, Tremblay A, Gonzalez-Barranco J, Aguilar-Salinas CA, Lopez-Alvarenga JC, Despres JP, et al. Insulin resistance and abdominal

- adiposity in young men with documented malnutrition during the first year of life. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003;27(5):598-604.
27. Karlamangla AS, Singer BH, Williams DR, Schwartz JE, Matthews KA, Kiefe CI, et al. Impact of socioeconomic status on longitudinal accumulation of cardiovascular risk in young adults: the CARDIA Study (USA). *Soc Sci Med* 2005;60(5):999-1015.
 28. Blalock HJ. Contextual-effects models:theoretic and methodologic issues. *Annu Review Sociol* 1984;10:353-372.
 29. Diez-Roux AV. Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis. *Am J Public Health* 1998;88(2):216-22.
 30. Cronin H. Ant and the peacock. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1991.
 31. Milio N. Glossary: healthy public policy. *J Epidemiol Community Health* 2001;55(9):622-3.
 32. Milio N. Making healthy public policy; developing the science by learning the art: an ecological framework for policy studies. *Health Promot* 1987;2(3):263-74.
 33. Hancock T, Duhl L. WHO Healthy Cities Project: Promoting Health in the Urban Context. Copenhagen: FADL; 1988.
 34. gren G. Swenden's new public health policy. Stockholm: National Institute of Public Health; 2003.
 35. Mann J, Gostin L, Gruskin S, Brennan T, Z. L, Fineberg H. Health and Human Rights. *Health and Human Rights* 1994;1:6-23.
 36. 박희병. 한국의 생태사상. 서울: 돌베개; 1999.
 37. 김지하. 한국의 생태담론. 서울: 생명민회; 2002.
 38. Kaplan GA, Pamuk ER, Lynch JW, Cohen RD, Balfour JL. Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *Bmj* 1996;312(7037):999-1003.
 39. Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality, and mortality. *Am J Public Health* 1997;87(9):1491-8.
 40. Kawachi I, Kennedy BP. Health and social cohesion: why care about income inequality? *Bmj* 1997;314(7086):1037-40.
 41. Kawachi I, Levine S, Miller SM, Lasch K, Amick BCI. Income inequality and life expectancy. Bostob: The Health Institute, New England Medical Center; 1994.
 42. Wilkinson RG. Unhealthy societies:the afflictions of inequality. London: Routledge; 1996.