

〈Opinion Paper〉

## 지역사회 중심 건강증진의 과거와 현재

조병희

서울대학교 보건대학원

### The Past and the Current Status of Community-based Health Promotion

Byong-Hee Cho

Graduate School of Public Health, Seoul National University

#### <Abstract>

**Objectives:** This paper aims at addressing the importance of community-based health promotion. It would identify the origin of community health programs in Korea, which emphasized community involvement. And it would reveal the discontinuity of community-oriented health programs in the current health promotion activities. Finally, the methods of attaining community-based health promotion would be suggested. **Results and Conclusion:** Community-based health promotion had been implemented in rural areas by medical schools in the 1970s and 1980s, which emphasized the role of village health workers. But their roles has disappeared since the government-initiated health promotion policies and programs have been implemented in the mid-1990s. This paper addressed the factors contributing to this discontinuity, such as the expansion of health insurance system, the change of health care discourses, the monopoly of resources for health promotion by government, and the bureaucratic approach to health promotion, etc. This paper suggested the utilization of voluntary and civic organizations in community for realizing the goal of community-based health promotion.

**Key words:** Community, Health promotion, CBPR

## I. 건강증진사업의 현실

건강증진이 보건의료계의 화두가 되는 것은 기본적으로 반가운 일이지만 그것이 제대로 실천되어 가고 있는가에 대해서는 분명한 답을 얻기가 어렵다. 건강증진은 ‘국민건강증진계획 2010’에서 주창한 것처럼 “온 국민이 함께하는 건강세상”을 지향한다. ‘국민건강증진계획 2020’에서는 보다 구체적으로 “온 국민이 함께 만들고 누리는 건강세상”을 지향한다. 이러한 목표를 보게 되면 건강증진을 위하여 범정부적이고 동시에 시민사회 전반이 동참하는 추진체계가 작동하는 것을 기대하게 되지만 현실은 그렇지 못하다. 건강증진사업의 핵심 추진 주체인 일선 보건소의 활동을 보면 건강증진사업은 마치 담당부서원 몇 명이 감당하는 사업처럼 생각된다. 보건소나 자치단체의 다른 사업들과 연계하여

건강증진이 추진되거나 하는 경우는 흔치 않다. 이러한 경향은 중앙부서라고해서 크게 다르지 않다. 정부의 보건부서에서 실시하는 많은 보건의료사업들이 건강증진 지향성을 검토하고 고려해서 실행되는 것처럼 보이지는 않는다. 거기서도 건강증진은 담당부서에 한정된 사업처럼 보인다.

이러한 현실에 대한 원인 진단 중에 유력한 견해는 사업 추진조직이 부재하기 때문이라는 것이다(이주열, 2010). 즉 담당 공무원의 잦은 교체, 그에 따른 중장기 계획을 고려한 업무추진보다는 담당공무원의 판단에 의존하는 업무실행, 건강증진사업의 업무의 방대함에 비추어 담당부서의 협소함, 건강증진사업지원단 업무의 제한성 등 때문에 건강증진사업이 제대로 추진되지 못하였고 따라서 ‘건강증진재단’ 같은 단일조직을 만들어서 건강증진기금을 종합적이고 체계적으로 관리하면서 건강증진계획을 추진해나갈 필요

교신저자 : 조병희

서울시 관악구 대학로 599 서울대학교 보건대학원 221동 425호 서울대학교 보건대학원

전화: 02-880-2727 E-mail: chob@snu.ac.kr

▪ 투고일 : 2010.11.19

▪ 수정일 : 2010.11.30

▪ 게재확정일 : 2010.12.11

가 있다는 것이다. 사업추진체계가 미약하거나 분산되어 있고 장기적 관점의 정책추진이 어려운 실정에서 이를 전담할 조직을 만드는 것이 일견 장점이 있어 보인다. 그런데 중앙정부 차원에서 조직을 정비하는 것만으로 건강증진사업이 원활하게 추진될 수 있을까? 이에 대하여 선뜻 긍정적인 전망이 서지 않는 것은 일선에서 사업을 실행할 손발에 해당하는 조직체들을 어떻게 추동할 것인가에 대한 전략이 마련되어 있지 않기 때문이다.

‘국민건강증진 종합계획 2020’에는 접근전략으로 주창(advocacy), 투자, 역량함양, 규제, 파트너십 및 연대구축 등을 제시하였다(박순우, 2010). 이러한 전략들은 2005년 방콕에서 개최된 세계건강증진대회에서 채택된 전략에 기초하고 있다. 세계적으로 합의된 접근전략을 사용하는 것은 바람직한 일이다. 그런데 여기서도 ‘누가’ 그러한 전략을 실행할 주체가 될 것인가 하는 문제가 남는다. 정부가 할 수 있는 일은 투자나 규제 같은 제한된 일이다. 주창이나 파트너십 및 역량함양은 일선 보건소 차원을 넘어서 일반 국민이 적극적으로 나서서 감당해야 할 과제들이다. 국민은 건강증진사업의 대상이면서 동시에 주체가 된다는 점이 건강증진의 특징이다. 건강증진은 당사자 개개인이 스스로 깨닫고, 서로 협력하고 지지해주면서 건강지향적 삶을 살게 만드는 과정이라고 볼 수 있다. 정부나 보건소는 그러한 자발적 참여가 가능하도록 환경을 조성하고 지원해 줄 수는 있지만 건강증진 개념의 특성상 “강제로” 건강해지도록 만들 수는 없다. 따라서 건강증진 종합계획은 향후 달성해야 할 목표로서는 훌륭하지만 지역수준에서 개개인의 일상적 실천을 어떻게 이끌어낼 것인가 하는 측면에서는 분명한 답을 주고 있지 못하다.

## II. 지역중심 원리의 실증

그런데 이러한 문제는 최근에 발생한 것이 아니라 ‘건강증진사업’이 처음 시작되던 1995년에도 존재했던 문제이다. 지역보건법은 1996년부터 각 보건소가 ‘지역보건의료계획’을 수립하도록 하였다. 각 지역의 역학적 상태와 보건 의료 환경 특성에 적합하게 건강증진 목표를 설정하고 추진토록 하기 위한 제도이다. 이러한 계획 작성이 각 보건소 담당자들로 하여금 주민건강 증진을 위한 핵심 사업이 무

엇이 되어야 하는지 고민하게 만들고 또 이를 해결하기 위한 역량을 갖추고 실천하도록 동기화시켰다는 점에서는 의의가 있다(나백주, 2010). 그러나 많은 경우에 일선에서 작성하는 지역보건의료계획은 그냥 “계획”일 뿐이고 실제 사업과의 연관성은 높아 보이지 않는다. 보건소는 일상적으로 수행해야 할 업무나 중앙정부에서 요구한 사업들을 수행하기에도 벅차다. 그런 상황에서 이러한 “계획”은 추가적 노력을 요구하는 것이 되는데 보건소 입장에서는 그럴만한 인적인 여유도 없고 추가적 노력에 따른 보상도 없기 때문에 계획을 실행할 수 있는 동기화가 되고 있지 못하다.

그럼에도 불구하고 왜 이런 관행이 반복되고 있을까? 필자는 이것을 지역보건사업의 역사성의 한계와 관련되어 있다고 생각한다. 우리사회에는 지역이나 주민이 주도했던 보건사업의 역사가 일천하다. 보다 정확하게 말하면 70년대와 80년대에 지역중심의 보건사업을 시범사업 차원에서 추진했었지만 그것이 90년대 건강증진사업으로 전환되는 과정에서 “지역 중심성”이 계속 연결되지 못하고 단절되어 버렸다. 이러한 역사적 상황조건이 지금까지도 개선되지 못하고 있는 것이다. 과거의 일차보건의료 사업과 현재의 건강증진사업을 간략히 비교해보도록 하자.

1970년대와 80년대는 한국이 저개발국을 막 벗어나던 시점이었다. 60년대에 일인당 국민소득 \$80 수준으로 아시아의 최빈국이었던 한국이 70년대에 들어와 경제발전이 성공적으로 추진되어 그 결과 70년대 말에 \$1,000 소득을 달성하면서 국민들은 최소한 ‘밥 걱정’은 하지 않게 되었다. 그러나 보건 측면에서는 여전히 매우 낙후되어 있었다. 국민경제수준에 비추어 의료비가 비쌌기 때문에 의료이용이 어려웠고, 농촌에는 의료공급 자체가 절대적으로 부족하여 ‘무의촌’이 많이 남아 있었다. 이런 상황에서 정부는 1977년에 ‘의료보험제도’를 도입하여 의료시장을 확대하고 의료 이용수준을 높이려고 하였으나 실제로는 대기업 종업원 등 제한된 국민만이 그 혜택을 받을 수 있었다. 대부분의 농촌 주민들은 의료보험에서 소외되어 있었다. 이런 상황에서 추진되었던 것이 ‘지역사회 보건사업’ 또는 ‘일차보건의료(primary health care)’이었다.

일차보건의료사업은 1970년대에 형성된 국제적인 보건 전략이었다. 1960년대까지의 건강 개념이 생의학적 패러다임의 영향을 받아서 질병이 없는 상태를 건강으로 간주하면서 질병치료에 초점을 두었고 여기서 남는 과제는 어떻게 하

면 의료공급을 벽지나 빈민들에게까지 확대할 것인가 하는 문제였다. 그런데 1970년을 전후한 시점에서 의료공급의 확대가 반드시 국민건강의 향상으로 이어지는 것은 아니라는 인식을 하게 되면서 일차보건의료가 그 대안으로 고려되기 시작하였다. 1978년 세계보건기구(WHO)와 유엔아동기금(UNICEF)의 주도로 당시 소련의 알마아타 시에 세계 각국의 보건부 장관들이 모여서 ‘일차보건의료’ 회의를 개최하였다. 이 회의는 지역사회가 부담할 수 있는 필수 의료(essential health care)의 제공을 강조하였고, 이를 달성하기 위한 5대 원칙(형평성, 지역사회 참여, 적절한 테크놀로지, 예방, 부문간 협력)을 수립하였다(WHO, 1978). 일차보건의료가 갖는 개념적 혁신은 질병치료보다는 건강역량을 제고하는 쪽으로 주안점이 변화되었다는 점이다. 그에 따라 건강을 증진하기 위한 주체가 의사로부터 시민이나 주민으로 바뀌게 되었다. 또한 건강을 증진하는데 필요한 지식이나 기술도 최고급 수준의 것이 아닌 “중간 수준의 기술”(intermediate technology)에 주목하게 되었다.

그런데 일차보건사업이 공식적으로 개념화되기 이전에도 세계 각 지역에서는 지역중심의 보건사업들이 실행되었고 그 방법론들이 다른 국가들에 전수되었다. 우리나라의 경우에도 선교의사였던 시블리 박사(Dr. John Sibley)에 의하여 1969년에 경남 거제도에서 ‘지역보건사업’이 처음으로 실시되었다. 시블리는 모든 사람은 건강할 권리가 있다고 역설하면서 농촌사회에 적합한 보건의료서비스를 개발해야 된다고 역설하였다. 그의 활동은 세 가지로 요약될 수 있다. 첫째, 거제도 섬의 각 지역에 진료소를 세우고 예방보건 서비스와 기본적인 의료서비스를 주민에게 제공하였다. 둘째, 가수와 주민을 방문하여 보건상태를 파악하고 이를 수합하여 역학적 특성을 판단하여 사업계획을 세워서 업무를 추진하였다. 셋째, 한편으로는 간호인력을 활용하여 보건사업에 투입하였고 다른 한편 주민을 조직하고 사업에 참여시켰다.

지역사회의 역학적 특성과 주민의 건강욕구를 파악하여 보건계획을 세우고 실행한 점, 마을건강원-보건(사업소)-지역병의원-중앙의료원으로 이어지는 ‘의료전달체계’를 구축하려 한 점, 결핵, 모자보건 및 여타의 보건서비스들을 종합적으로 제공하려 한 점, 중간수준의 보건요원의 역할을 개발하고 활용한 점, 마을 주민들을 적극적으로 참여시키려 한 점 등은 한국에서 처음으로 시도된 것이었다. 이후

각 의과대학 예방의학 교실을 중심으로 경기도 수동면(이화여대), 경기도 강화군(연세대), 강원도 춘성군(서울대), 경북 경산군(경북대), 경기도 여주군(고려대), 강원도 화천군(한림대) 등 여러 지역에서 비슷한 시범사업들이 추진되었다. 이 사업들은 외국원조 등 한시적이고 제한된 재원을 근거로 추진되었기 때문에 장기적으로 지속되지는 못했다. 그러나 지역사회 보건사업의 경험은 건강증진사업과 관련하여 중요한 의미를 갖고 있다.

지역사회 보건사업들은 대부분 ‘마을건강원’ 같은 형태로 보건사업을 위한 주민조직을 구성하고 활용하였다. 이들은 주민 중에서 선발되고 일정한 교육을 받고 주민건강상태나 마을의 보건문제를 일상적으로 모니터링하고 이를 “보건사업소”에 보고하거나, “보건사업소”에서 실시하는 주민 보건교육에 주민을 참여시키는 등의 역할을 수행하였다. 지역사회보건사업은 “사전계획”에 의하여 실행되는 사업이었고, 주민들이 참여하여 자신들의 건강욕구를 확인하고 이를 보건계획에 반영하여 사업을 실천해 가는 지역중심의 보건사업이었다. 따라서 지역사회 보건사업 추진기관들은 이러한 주민조직을 구성하고 유지하는데 많은 노력을 기울였다. 물론 이러한 보건사업 자체가 각 의과대학의 전문가들이 일차보건의료의 교과서적 원리에 의거하여 기본틀을 구성하였고, 이들이 주도하여 주민을 설득하여 ‘자발적으로’ 봉사하도록 하였기 때문에 상호평등하게 참여하고 주민의 주체성이 더 강화되어 있는 현재의 “전문가-주민 동반 참여형 보건사업”(community-based participatory research: CBPR)과 동일한 것은 아니다. 그래서 진정한 주민참여가 아니었다는 비판도 가능할 수 있다(Brownlea, 1987). 그런데 중요한 것은 일차보건사업이 “주민 참여형” 보건사업을 핵심적 내용으로 한다는 사실 자체에 있다. 즉 농촌주민도 건강할 권리가 있고, 건강하기 위해서는 주민 스스로 보건사업에 참여해야 한다는 원리를 나름대로 실천하려 했던 것이다.

그런데 90년대 들어와 이러한 지역사회 보건사업의 경험은 거의 단절된다. 여기에는 여러 요인이 작용하는데 우선 정부가 주도하여 1989년까지 전 국민을 대상으로 하는 의료보험제도가 만들어진 점이 중요하다. 80년대까지 지역 보건사업이 농촌지역에서 실시될 수 있었던 배경에는 의료공급이 제대로 되지 않고 있었던 점이 중요하게 작용하였다. 지역사회 보건사업을 추진했던 각 의과대학 팀들은 지역사회 보건사업이 단순히 의료서비스를 제공하는 사업이

아니라 건강지향적 환경과 행태를 만들어 나가는 사업임을 강조하였지만 이러한 건강증진 원리가 주민들에게 충분히 이해되지 않는 못하였다. 주민들은 ‘일차의료’로 표현되는 “기본의료서비스”라도 수혜 받는데 더 많은 관심을 가졌던 것도 사실이다. 건강증진의 원리를 충분히 이해하는 데는 지금도 많은 시간과 노력을 필요로 하는 것이기 때문에 70-80년대 농촌주민들이 그것을 충분히 이해하지 못한 것은 어쩌면 당연한 일이고 더 많은 시간이 주어졌으면 인식의 변화가 가능했을지도 모른다. 그런데 의료보험제도의 도입과 함께 농촌주민들의 의료이용이 원활해지면서 주민들이 원하는 병원이용이나 고급의료서비스를 제공하지 않는 지역사회보건사업은 더 이상 주민의 관심을 받기 어려워졌다.

또한 의료이용이 활성화되면서 사회적 관심은 지역간 의료보험료 수준의 차이와 같은 전국 수준의 불평등 문제나 의료보험조합의 통합 같은 새로운 이슈에 집중되었다. 농촌지역의 보건문제가 보험료 문제 같은 전국수준의 이슈에 압도되면서 지역중심 보건사업이라는 이슈는 제대로 조명 받지 못하게 되었다. 주민들은 지역 공동체에 내재된 보건문제를 집합적으로 인식하기보다는 개인의 건강문제를 병의원을 찾아 개별적으로 해결하는데 익숙해졌다.

1990년대 중반에 국민건강증진법과 지역보건법이 만들어지면서 지역보건문제를 지역 중심으로 해결해나갈 수 있는 기반은 부실하였다. 지역사회 보건사업의 경험 중에서 “보건계획” 부분이 지역보건법에 반영되었다. 그런데 계획을 세우는 방식은 완전히 달라졌다. 과거에는 마을건강원을 중심으로 동네 주민 전체의 건강욕구를 모니터링하여 세대별 건강기록부를 작성하고 여기에 근거하여 보건계획을 수립하였다. 그런데 지역보건법에서의 보건계획은 대개 대학에 위탁하여 표본조사 방식의 주민건강조사를 실시하고 여기서 주요 질환의 유병률 등을 계산하여 보건계획에 반영한다. 이러한 방식이 보다 진일보한 과학적 방식일 수 있다. 그런데 건강증진이론에 의하면, 특히 CBPR 개념을 고려하면 오히려 과거의 방식이 건강증진 원리에 더 부합될 수도 있다. 참여는 문제에 대한 인식으로부터 시작된다. 건강문제의 인식은 주민들이 자신들이 직면한 건강위험에 대한 주체적이고 간주관적인(inter-subjective) 인식이고 이것이 과학적으로 연구된 건강위험과 반드시 동일한 것은 아닐 수 있다. 중요한 것은 건강위험에 대한 과학

적 규정이 아니라 이를 위협하다고 인지하는 주민들의 주체적인 과정이다. 이러한 과정이 생략될 경우 주민들은 과학적 위험을 인지하지 못할 수도 있고, 인지하더라도 이를 자신의 문제로 생각하며 해결책을 모색하는데 충분히 동기화되지 못할 수도 있다. 따라서 현대의 건강증진 이론에서는 전문가의 일방적 규정이나 일방적 설득보다는 전문가와 주민이 함께 참여하는 인식 변화의 과정을 중시한다. 과거의 지역사회보건사업이 비록 CBPR의 원리에 충실하지는 못했지만 주민 스스로 건강욕구를 파악하고 계획에 반영하였다는 점에서 볼 때 지금의 표본조사에 기초한 건강욕구 파악과 전문가 중심의 계획수립 방식보다는 CBPR의 원리에 더 가까운 것으로 생각된다.

현재 지역보건계획을 수립하는데 있어서 주민들로 구성된 자문위원회를 두고 있다. 주민자문위원회도 주민참여의 한 방법임에는 분명하다. 그런데 대개의 주민 자문위원회는 지역의 ‘명망가나 유지’들로 구성된다. 이들은 평소에 지역보건사업에 체계적인 관심을 가질 기회가 없이 개인적 수준에서 자문회의에 참석하기 때문에, 그리고 자문해야 할 의안 자체가 이미 보건전문가들에 의하여 수립된 계획이기 때문에, 또한 그 계획에 주민들이 특별히 부담해야 할 책임도 없기 때문에 “고담준론(高談峻論)” 수준의 자문 이상의 역할을 수행하기 어렵다.

과거에는 중앙정부 수준에서 새로운 이론을 받아들여 보건사업 또는 건강증진을 기획하고 재원을 공급할만한 역량이 부족하였고 그런 상황에서 농촌지역에서 대학이 정부(보건소)를 대신하여 보건사업을 기획하고 보건의료서비스를 직접 공급하며 그 과정에서 주민을 적극적으로 참여시키는 실험을 하는 것이 가능했다. 그런데 정부 조직이 확대되고 역량이 강화되면서 보건사업의 기획과 재원공급이 정부에 독점되었고 정부 주도의 건강증진사업이 실천되면서 지역보건에서의 관료제적 속성은 두드러지게 나타났고 주민은 건강증진 사업의 대상으로 규정되었다. 이런 상황에서 과거 일차보건의료에서 시도했던 주민참여에 기초한 자율적인 보건체계 형성은 실천되기 어려울 수밖에 없다.

결국 시블리 박사가 선도하고 주요 의과대학들이 실험적으로 접근했던 지역사회보건사업의 경험 중에서 지역중심성은 형식적인 부분만 살아남고 실질적으로 필요한 기능적 부분은 더 이상 발전하지 못한 채 사실상 사라졌다. 우리에게 일차보건의료는 마치 과거의 새마을운동처럼 잊혀진 과

거로 존재할 뿐이다. 그런데 국외에서는 일차보건의료 개념이 더욱 발전하여 건강증진개념으로 이어졌다. 즉 건강증진은 어느 날 갑자기 나타난 것이 아니라 70년대까지의 지역보건사업에서의 노력을 기반으로 하는 것이다 (WHO, 1981, 1988). 지역중심의 건강증진이란 개념은 수십년간 지속적으로 발전해 왔고 이제 미국보건학계에서는 CBPR이라는 최신의 개념을 강조하고 있다. CBPR에 근거한 수많은 성공사례나 방법론들이 제시되고 있다. 이것은 사회과학계에서 지역주민 사이의 신뢰나 결속 등과 같은 사회자본(social capital)이 주민건강에 미치는 긍정적 영향에 대한 연구들이 대대적으로 이루어지고 있는 것과는 무관하지 않다. 왜 서구사회에서는 지역사회에 대한 재발견이 유행하고 있는 것일까? 그것은 국제정치경제구조의 변화와 관련되어 있다. 80년대 이후 전지구적인 신자유주의 경제체제가 정착되면서 지역간 주민간 건강불평등은 더욱 심화되는 경향이 생겼다(Turner, 2003). 경제적 자본이 불평등을 심화시키는 경향이 있다면 그에 대응하여 지역의 사회자본 제고나 지역사회 역량(community capacity)의 개발은 지역사회에 내재한 인적·물적 자원을 개발하고 주민간 결속을 강화하여 삶의 질과 건강을 향상시킬 수 있다는 신념에 기초하고 있다. 우리사회는 경제의 대부분이 수출입에 의존할 정도로 국제자본주의의 영향력을 크게 받고 있고 그로 인하여 파생되는 계층간 지역간 불균형이 상당히 심각함에도 불구하고 그에 대응한 지역사회 개발이나 역량강화는 그 의미조차 제대로 인식되지 못하고 있는 실정이다. 그것은 우리가 아직도 경제적 재화를 축적하는데 더 많은 관심이 있기 때문이며 그 과정에서 발생하는 사회적 결속력의 약화 또는 지역사회의 퇴락에 대해서는 별다른 대응을 하지 못하고 있다. 이러한 맥락에서 보면 지역보건에서 지역중심성이 제대로 천착되지 못하는 것도 결코 우연이 아니다.

### Ⅲ. 지역사회 조직화와 건강증진

현시점에서 과거의 ‘마을건강원’ 같은 요소를 복원하여 건강증진사업에 도입하는 것은 타당하지 않을 수 있다. 지역사회의 구조변화가 크게 진행되었기 때문이다. 건강증진사업에서 지역중심성을 강화하려면 현재의 지역사회 구조에 적합한 방법을 모색해야 한다. 우선 건강증진 개념에서

‘지역사회’가 차지하는 위치에 대한 이해가 필요하다.

건강증진 개념은 워낙 여러 가지 복합적인 내용들이 포괄되어 있고 이론적 지향도 다양하기 때문에 일률적으로 말하기는 어렵지만 기본적으로 개인과 환경의 두 요소의 결합으로 이루어져 있다고 할 수 있다. 전통적인 생의학적 관점이나 심리학 교육학 등의 임상중심 관점에서는 건강위험을 개인(행동)에서 찾고 있고 이들을 교육하고 설득하여 행동의 변화를 유도하는데 초점을 둔다. 반면 구조론적 관점에서는 건강위험을 제도나 환경에서 찾고 있고 환경개선을 통한 건강향상을 주장해 왔다. 이 두 가지 상이한 접근법이 하나의 개념으로 결합된 것이 오타와 선언에서의 건강증진이다. 그런데 철학적 배경이 다른 두 접근법이 어떻게 하나의 개념으로 결합될 수 있을까? 여기에는 Paulo Freire 같은 교육철학자의 이론이 중요하게 작용한 것으로 보인다. 일상의 지배구조에 갇힌 개인은 건강위험에 노출되어 있어도 이를 제대로 인식하지 못한다. 그러나 대화(dialogue)를 통하여 성찰성 또는 비판적 인식을 갖게 된 개인은 위험을 인식할 수 있게 되고 또 그것이 개인의 문제만이 아닌 구조의 문제임을 자각하면서 그 문제를 개선할 수 있는 자신의 내재적 역량까지도 깨닫게 된다(Freire, 1970; Minkler and Wallerstein, 2005). 이러한 Freire의 교육철학은 건강증진 이론, 특히 CBPR 개념에 도입된다. 지역사회는 개인과 구조(환경)가 만나는 지점이면서 또한 주민들이 대화를 통하여 각성하고 협력할 수 있는 적절한 수준의 장(場)이 된다. 예를 들어 지역사회는 학생들의 건강문제 해결을 위하여 학교, 학생, 학부모와 지역주민들이 학생건강 문제를 공통의 과제로 인식할 수 있고 해결책을 모색할 수 있는 기반이 된다. 작년에 학교를 중심으로 신종플루가 유행했을 때 우리는 예방대책을 국가와 학교에만 맡기고 수수방관하였다. 다행히 백신접종과 함께 플루 유행이 종식되었지만 ‘건강학교’ 개념을 생각한다면 정부-학교-학생-학부모-지역주민으로 연결되는 지역사회 네트워크가 보다 적극적으로 대처했어야 하는 문제였다. 그러지 못한 것은 우리가 지역사회에 살고 있지만 ‘지역중심 보건’은 존재하지 않기 때문이다. 우리에게 그러한 공동보건의 위기가 개인차원의 위험으로 인식할 뿐 지역공동체의 문제로는 인식하지 못하고 있다. 한마디로 성찰성이 부족한 것이다.

그런데 지역사회 인식에서 주의할 것은 지역사회의 시공간적 특성에 대한 것이다. 우리는 관행적으로 행정구역

별로 지역사회를 구분하여 인식한다. 그런데 건강증진 개념 속의 지역사회는 지리적으로 고정되어 불변하는 실체가 아니다. 지역사회는 상황에 따라 또는 사건(event)에 따라 계속적으로 새롭게 재구성되는 것으로 보아야 한다. 실제 우리의 삶 속에서 주민의 관심에 따라 지역사회는 아주 협소할 수도 있고 아주 방대하게 구성될 수도 있다. 간략하게 말하자면 어떤 목적이나 신념에 따라 서로 연결된 (또는 연대하는) 개인과 조직의 총체를 지역사회라고 볼 수 있다. 익명성과 이동성이 강한 현대의 도시적 삶의 방식에서 이것은 불가피한 현상이다. 건기대회로 구성되는 지역사회와 만성질환관리사업으로 구성되는 지역사회는 부분적으로 그 대상이 중첩될 수도 있지만 기본적으로 서로 다른 목적과 관심을 갖는 사람들로 다층적으로 구성될 수밖에 없다. 따라서 지역보건사업에서는 지역사회 조직화나 구축 (community organizing and community building)이 항시적으로 이루어져야 하고 그러한 과정이 건강증진 사업의 실행 과정이기도 하다. 이렇게 볼 때 현재의 건강증진사업은 “유병율 00% 감소”와 같은 보건적 목표만 분명할 뿐 이를 위해 지역사회를 어떻게 조직하고 구축할 것인가 하는 방법론이 사실상 부재한 상태인 것이다.

다행히도 지역사회에는 (행정구역상으로 구 지역에는) 수십개의 자발적 조직체들이 존재하고 있다. 물론 이들이 본래부터 건강증진을 위하여 형성된 조직들은 아니다. 그렇지만 이들은 지역주민들을 중심으로 모인 조직들이고 비교적 각성된 성원으로 구성되어 있다. 사회자본 이론으로 생각한다면 이들은 지역사회 역량 (community capacity) 강화나 주민의 역능성 (empowerment) 제고에 핵심적인 역할을 할 수 있는 잠재력을 갖고 있다. 이들을 중심으로 건강증진을 위한 지역사회 재조직화를 시도한다면 장기적으로 상당한 가능성이 엿보인다. 그리고 지역중심 보건사업에 대한 학계의 관심도 새롭게 부상하고 있는 점도 다행이다 (유승현, 2009; 이명순, 2008; 정민수 등 2007; 정민수 등, 2009).

인터넷도 이제 새로운 사회의 한 형태로 생각할 수 있다. 지역사회는 off-line은 물론 online 상에서도 조직화를 시도할 필요가 있다. 건강증진이란 공통의 관심을 중심으로 연대와 협력을 넓혀나가는 것이 지역조직화라고 한다면 인터넷 활용은 무한한 가능성을 갖고 있다. 건강증진을 위한 자원은 “저기 어디엔가 존재하는 것”을 발견하는 것이 아니라 잠재된 가능성을 조직화하고 만들어내는 것으로 볼

수 있다. 건강증진은 단지 “계획”을 세워서 목표를 설정하는 것이나 “건강도시”처럼 외형적인 틀을 갖추는 것만으로는 부족하고 지역사회를 구체적으로 조직화하는데서 실질적 성과를 기대할 수 있다.

## 참고문헌

- 나백주. 제5기 지역보건의료계획 방향과 지침소개. 한국농촌의학지역보건학회. 2010년도 춘계학술대회 연제집. 2010, 33-47.
- 박순우. 국민건강증진 종합계획 2020 틀 및 추진계획. 한국농촌의학지역보건학회. 2010년도 춘계학술대회 연제집. 2010, 73-94.
- 유승현. 건강증진을 위한 지역사회 기반 참여연구의 적용방안. 보건교육 건강증진학회지 2009;26(1):141-158.
- 이명순. 건강증진을 위한 지역사회 주민 참여전략 및 방법 개발(1차년도 실적보고서). 2008.
- 이주열. 국민건강증진 사업체계 확충과 효과적 관리. 한국농촌의학지역보건학회. 2010년도 춘계학술대회 연제집 2010, 01-115.
- 정민수, 길진표, 조병희. 지역사회 기반 조직을 이용한 지역사회역량의 측정과 건강증진 기획: 서울시 S구를 중심으로. 보건교육건강증진학회지 2009;26(3):35-48.
- 정민수, 조병희, 이성천. 지역사회 자발적 결사체의 연결망과 지역사회역량: 서울시 도봉구와 강동구의 비교를 중심으로. 한국보건행정학회지 2007;17(4):54-81.
- Brownlea A. Participation: Myths, realities and prognosis. *Social Sciences and Medicine* 1987;25(6):605-614.
- Freire P. *Pedagogy of the Oppressed*. New York: Seabury Press, 1970.
- Minkler M, Wallerstein N. Improving health through community organization and community building: a health education perspective. M. Minkler ed. *Community Organizing and Community Building for Health*. 2nd ed., 26-50. Piscataway, NJ: Rutgers University Press, 2005.
- Turner B. Social capital, inequality and health: the Durkheimian revival. *Social Theory & Health* 2003;1(1):4-20.
- World Health Organization. *Primary Health Care*. Geneva, 1978.
- World Health Organization. *From Alma-Ata to the Year 2000: Reflection at the midpoint*. Geneva, 1988.
- World Health Organization. *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. Geneva, 1981.