

아세안(ASEAN)의 보건 위기 대응과 협력: 감염병과 보건안보(Health Security)*

백 용 훈**

요약

이 글은 10개국(브루나이, 캄보디아, 인도네시아, 라오스, 말레이시아, 미얀마, 필리핀, 싱가포르, 태국, 베트남)으로 구성된 동남아시아국가연합, 즉 아세안(Association of Southeast Asian Nations)의 보건협력에 주목한다. 이 글의 목적은 1967년에 아세안이 창설된 이후 회원국들이 보건 이슈에 어떻게 대응해왔으며 국가 간 협력이 어떠한 형태로 진행되어 왔는가를 파악하기 위한 것이다. 그리고 이러한 지역 수준에서의 협력이 코로나19의 대응 과정에서 어떠한 성과와 한계를 보여주고 있으며 향후 과제가 무엇인가를 검토해보고자 한다. 아세안의 보건협력이 제도화되기 시작한 것은 2000년대부터이며, 사스(SARS) 사태 이후 지속적인 감염병의 위기를 “국가안보(national security)”의 문제로 인식했기 때문에 가능했다. 코로나19 대응 과정에서 아세안 지도자들은 국가 간 연대와 지역협력을 통한 집단적인 대응을 보다 강화하기로 합의했다. 하지만, 그 실질적 대응의 양상은 국경 폐쇄, 민족주의, 그리고 개별국가의 보건 역량에 따른 진단과 방역 등으로 나타났다.

주제어: 아세안, 보건, 협력, 코로나19, 감염병, 전염병, 보건안보

* 자세하고 유익한 논평을 해주신 익명의 심사위원들께 감사드립니다.

** 서강대학교 동아연구소 전임연구원, beakyh@hanmail.net

I. 서론

동남아시아는 고온다습한 아열대 지역에 위치해 있고 역사적으로 동서 왕래의 관문 역할을 하면서 문화, 이주, 그리고 사상의 초국적이고 중층적인 양상이 지속된 곳이다. 아열대 지역은 각종 병원균 바이러스뿐만 아니라 모기 등 매개체의 활동에 유리하기 때문에 말라리아, 뎅기열, 콜레라 등을 포함한 바이러스 감염의 발생 빈도가 높다(조한승 2018). 이 때문에 동남아시아는 감염병¹⁾의 위험과 불확실성의 환경에 더욱 노출되는 상황을 경험해왔다. 그리고 동남아시아의 농촌 및 산악 지역에서는 동물의 사육과 인간의 거주가 같은 공간에서 이루어지는 경우가 빈번하다(Wilson 2014, 137). 가금류 등 동물의 사육 방식은 동물원성 병원체의 인간 감염, 즉 인수공통전염병(zoonoses)의 가능성과 신·변종 감염병의 등장에 직접적인 영향을 미친다.

전염이 빠르고 광범위하게 전파되는 이유는 높은 인구밀도와 함께 인구이동의 급증과 관련이 있다. 1990년대 세계화로 인한 무역자유화와 지역통합은 국가 간 교류의 증가로 이어졌다. 그리고 2000년 이후 과학기술의 발전으로 인하여 사람들의 이동이 더욱 증가하고 그 속도가 빨라지면서 국가의 경계를 넘는 전염병의 유행이 더욱 심각해지기 시작했다. 신흥경제시장으로 부상한 동남아시아 지역은 상대적으로 높은 인구증가율과 함께 교역과 투자의 급증 그리고 저가항공의 확대

1) 감염이란 의학적으로 ‘병원체(病原體)인 세균, 바이러스, 기생충 등의 미생물이 동물이나 식물의 몸 안에 들어가 증식하는 일’을, 전염이란 ‘병이 남에게 옮음’을 의미한다. 따라서 전염병은 사람과 사람 사이에 병원체가 이동하여 발병하는 경우를 뜻하며, 감염병은 사람 간 전파뿐만 아니라 공기나 흙 등 사람 이외의 전파원에서 미생물이 옮겨와서 일으키는 병까지 포함한다. 한국은 2010년 12월 20일자로 「전염병예방법」과 「기생충질환예방법」을 통합하여, 「감염병 예방 및 관리에 관한 법률」로 개정하여 법정감염병의 분류체계를 개선하고 감염병 관리에 관한 용어를 새롭게 정의하였다(현정희 2017, 1-2). 사람 사이에 전파되는 질환만을 의미하는 전염병이라는 용어를 사용할 경우 질병관리에 문제가 있다고 판단했기 때문이다(『연합뉴스』 2010/10/17). 필자는 이상과 같은 의미에 따라 전염병과 감염병을 구분하여 서술하였다.

로 인하여 노동, 사업, 관광, 교육 등을 목적으로 다양한 인구의 이동이 활발하게 이루어지고 있는 곳이다.

이러한 상황에서 HIV/AIDS를 비롯하여 특히 2000년대 이후 발생한 사스(SARS), 조류독감, 인플루엔자 A(Influenza A) 등의 바이러스는 동남아시아 지역의 보건 문제에 심각한 위기의식을 불러일으켰다. 그리고 반복되는 자연 재해와 기후 변화 역시 건강에 대한 위협의 요소로 작용하고 있다(Caballero-Anthony 2005; Lamy and Phua 2012; 이상환 2011; 민병원·진경인 2014). 뿐만 아니라, 인구학적 변동과 역학적 변천, 즉 생활방식, 식습관의 급속한 변화, 그리고 과체중 등으로 인하여 비전염성 만성 질환(non-communicable diseases)의 비중 역시 커지고 있다(OECD 2018, 40). 즉, 동남아시아 지역은 감염병의 지속적인 위협과 함께 만성 질환으로 인한 질병의 이중 부담(double diseases)의 어려움에 처해 있다(백용훈 2020).

이상과 같은 동남아시아 지역의 보건 환경, 감염병의 위협, 그리고 질병 부담 등의 상황에 주목하여 이 글은 10개 회원국(브루나이, 캄보디아, 인도네시아, 라오스, 말레이시아, 미얀마, 필리핀, 싱가포르, 태국, 베트남)으로 구성된 동남아시아국가연합, 즉 아세안(Association of Southeast Asian Nations)의 보건협력에 주목한다. 이 글의 목적은 1967년에 아세안이 창설된 이후 회원국들이 보건 이슈에 어떻게 대응해왔으며 협력이 어떠한 형태로 진행되어 왔는가를 파악하기 위한 것이다. 그리고 지역 수준에서의 협력이 코로나19의 대응 과정에서 어떠한 성과와 한계를 보여주었으며 향후 과제가 무엇인가를 검토해보고자 한다.

연구 방법은 문헌 검토 및 분석이다. 동남아시아 주요 전염성 질병의 역사, 건강 상태 그리고 보건 수준에 관한 내용은 국·영문 단행본, 연구 논문, 그리고 인터넷 자료 등을 참고하여 정리하였다. 1967년부터 최근까지 아세안 회원국들의 보건 이슈에 대한 대응 과정은 아세안 사무

국(ASEAN Secretariat) 홈페이지에 게시되어 있는 아세안보건장관회의(ASEAN Health Ministers Meeting)의 의제와 선언문의 내용을 참고하였다.²⁾ 외교 정책 문서에서 사용되는 언어는 안보, 개발, 글로벌 공공재, 교역, 인권, 그리고 윤리 등 건강 문제를 다루는 방식을 이해하는데 도움이 된다(Rushton 2010; Labonte and Gagnon 2010). 특히, 지역조직이 역내 건강 문제를 관리하고 해결하는 방법, 협력을 촉진하거나 방해하는 이유를 파악하는 데 유용하다(Caballero-Anthony 2018).

2장에서는 우선 건강과 보건에 관한 글로벌 협력을 이해하는 데 있어서 중요한 보건안보(health security) 개념과 관련 선행연구를 살펴본다. 냉전체제 종식 후 비전통적 안보 개념의 등장, 건강 및 공중 보건의 비전통적 안보의 주요 논점으로 등장하게 된 배경, 감염병 확산 사태를 계기로 부상한 글로벌 보건 거버넌스 관련 논의의 주된 내용과 지역 간 협력의 필요성 등을 순차적으로 정리한 후 아세안 차원의 보건협력 현황과 한계에 대한 검토의 필요성을 제시할 것이다. 3장에서는 동남아시아 지역의 보건 분야에 대한 독자들의 기초적인 이해를 돕기 위하여 아세안 10개 회원국의 건강 및 보건의 질과 자원의 수준 그리고 동남아시아 지역에서 발생한 주요 바이러스 감염병 유행 사례를 검토한다. 그리고 4장에서는 아세안 보건협력의 주요 거버넌스에 해당하는 아세안 보건장관회의의 의제와 지역 수준에서 진행된 보건협력의 과정에서 나타난 시기별 특징을 파악해보고자 한다. 끝으로, 결론 및 함의에서는 코로나19에 대한 아세안의 대응 과정을 살펴보고 사스 사태 이후 제도

2) 아세안의 보건협력 거버넌스와 이행 관련 핵심 구조는 아세안보건장관회의(ASEAN Health Ministers' Meeting, AHMM)와 아세안 보건 분야의 개발에 관한 고위급관료회의(Senior Officials' Meeting on Health Development, SOMHD)로 구성된다. 아세안보건장관회의는 아세안 보건 정책을 결정하고 고위급관료회의의 결정과 보고를 승인한다. 이 회의는 2년마다 개최되며 긴급한 문제를 논의하기 위하여 필요에 따라 특별 회의를 주최한다. 고위급관료회의는 목표를 달성할 수 있도록 전략적 관리를 책임진다. 일 년에 한 번 이상 소집되고 긴급한 문제를 논의하기 위해 특별 혹은 추가 회의가 소집될 수 있다(ASEAN Secretariat, "Overview").

화된 아세안 보건협력 체계의 실질적 성과와 한계를 논의하면서 아세안 보건협력에서 필요한 과제를 제안한다.

II. 보건안보, 감염병 그리고 지역협력

1. 냉전체제 종식 이후 비전통적 안보 개념의 등장과 감염병 문제 인식

건강을 안보와 함께, 즉 보건안보(health security)의 용어로 이해하기 시작한 것은 1990년대부터였다.³⁾ 1990년대 냉전체제 종식 후에 선진국들을 중심으로 안보 개념이 재정립되었고, 그 일환으로 국가안보를 위협하는 국제보건문제가 새롭게 각광받기 시작했다(민병원·진경인 2014). 당시 안보 연구는 환경 결핍 및 악화, 질병의 확산, 인구 과잉, 대량 난민 이동, 민족주의, 테러, 그리고 핵 재앙과 같은 비군사적 안보 위협의 주제로 확대되었는데, 안보 위협의 요소에 일반적으로는 건강 문제가 그리고 구체적으로는 전염병이 추가되면서 안보를 재정의하기 위한 시도로 이어진 것이다(Altman 2003, 33-34).

건강 및 공중 보건이 비전통적 안보의 주요 논점으로 등장하게 된 배경은 다음과 같다. HIV/AIDS의 대유행, 신형 및 재발 전염성 질병(emerging and re-emerging infectious diseases)의 글로벌 문제 인식, 생물학적 무기의 확산에 대한 관심 재개, 테러리스트에 의한 생물학적 무기 사용에 관한 공포 증가 등의 문제는 공중보건(public health)의 관심

3) 보건안보는 인간 공동체의 유지와 안전의 측면에서 각종 질병의 예방, 치료, 그리고 대응에 접근하는 것을 의미한다. 즉, 보건안보는 공동체를 구성하거나 공동체와 상호 관계를 맺고 있는 개별 인간, 국가, 국제기구, NGO, 제도, 기술 등 다양한 요소들의 역할과 이들 간 상호작용을 모두 포괄하는 다차원적인 개념에 해당한다(정혜주 2016; 조한승 2018 재인용).

사를 점차 국가안보(national security)의 문제로 고려해야 한다는 논의로 확대되도록 만들었다. 이는 냉전 이후 개발도상국에서의 전염성 질병이 빈곤, 국가 실패, 그리고 국가 및 지역의 불안정에 영향을 미칠 수 있고 글로벌 시대에 국민국가의 안보에 직간접적인 위협의 요소가 될 수 있다는 경험적인 분석을 통한 주장에 따른 것이었다(Price-Smith 2002, 49-77).

공중보건은 전염성 및 비전염성 질병, 신체 및 정신 건강, 질병 예방 및 치료, 지역, 국가, 국제 및 세계적 차원의 정책 활동을 포괄하는 광범위한 분야이다. 개별 환자의 건강보다는 인구의 건강과 안전을, 치료 및 관리보다는 부상 및 질병의 예방을, 의사와 환자보다는 정부와 지역 사회의 관계를, 개인 의료서비스보다는 공중 보건의 과학적 방법론(생물 통계학 및 역학)에 기반한 인구 기반 서비스를 의미한다(Gostin and Gostin 2000; Fidler 2003, 798). 즉, 이러한 측면에서 볼 때 공중보건의 관심사가 국가안보의 문제로 고려된다는 것은 다양한 보건 분야의 문제를 인구 건강에 중점을 두고 건강에 대한 위협으로부터 인구를 보호하는 정부의 역할이 더 강조되는 것을 의미한다.

국제 사회에서 감염병이 안보의 문제로 실질적으로 받아들여지기 시작한 것은 미국 정부가 HIV/AIDS를 국가안보 위협과 외교 정책 과정의 구성 요소라고 발표하면서부터였다. 2000년 1월에 CIA(Central Intelligence Agency)의 국가정보위원회가 발표한 보고서(The Global Infectious Disease Threat and Its Implications for the United States)에 따르면, 전염성 질병을 미국에 대한 국가안보 위협으로 제시했다. 전염성 질병이 미국 외교 정책의 문제로 다루어져야 한다는 주장은 기존에도 제기되었지만, 전염병과 국가안보의 연계성을 강조하는 것은 이전과 다른 차별화된 정책 이니셔티브였다.

전염병을 안보 이슈화하는 주요 목적은 일국 내외에 있는 관련 행위

자들에게 위험에 대한 경계심을 갖도록 하는 것에 있다. 세계화와 함께 사람과 상품의 이동 규모, 속도, 그리고 그 범위는 국가마다 다양하며 이러한 과정에서 동반되는 감염병의 위험 등의 요소는 예측불가능하다. 불확실성을 동반한 감염의 발생과 재발 등은 지역의 안정을 위협할 수 있는 요소이기 때문에 안보 이슈로 다루어져야 한다는 것이다 (Caballero-Anthony 2005, 489-495; Sell 2004).

이와 함께 세계보건기구(World Health Organization, 이하 WHO)는 “글로벌 보건안보(Global Health Security)”라는 관점에서 전 세계적인 전염병 통제를 촉진하기 위하여 안보의 개념을 의식적으로 이용하기 시작했다. 이전에는 유엔(UN)이 세균(microbial foe)에 의해 야기된 안보 문제를 논의한 적이 없었지만, 1986년에 설립된 WHO를 통해 HIV/AIDS를 비롯한 전염성 질병의 퇴치를 위한 노력을 체계화하기 시작한 것으로 이해할 수 있다.

최근 등장한 글로벌 보건(Global Health) 개념은 WHO가 정의한 건강의 개념인 “완전한 신체적, 정신적, 사회적 웰빙 상태”(WHO 2008)를 넘어서 전 세계적 수준에서 무역, 여행, 식량 안보 등의 문제를 다루는 사람 및 제품의 이동과 같은 건강의 모든 부문 간 사회적 결정요인을 포함하도록 확장되었다(Woodward et al. 2001; Lamy and Phua 2012 재인용). 즉, 보건 개념은 단순히 질병의 부재뿐만 아니라 인권, 환경, 빈곤 등 사회적 및 환경적 권리까지 포함하는 “인간 안보”의 측면에서 확대 해석되었다. 그리고 보건 문제의 해결은 단순히 의학적 예방과 대응 차원에서만이 아니라 정책, 인프라, 문화 등 다양한 분야를 포괄하는 방식의 접근이 필요한 것으로 이해되고 있다. 즉, 보건 문제는 보건에 대한 접근이 개인의 ‘건강’뿐만 아니라 사회의 ‘안전보장’의 차원에서 다루어져야 한다는 것을 의미한다(조한승 2018).

최근 글로벌 보건 의제는 세계 각 국가가 빈곤을 줄이고 건강과 교육

을 개선하며 평화, 인권, 성 평등, 그리고 환경의 지속가능성을 증진시키기 위하여 세계적인 파트너십을 추구한다는 점을 강조하고 있다. 또한 강력하고 탄력적인 건강시스템 구축과 지속가능발전목표(SDGs)의 주요 목표인 보편적 건강보장(UHC)에 대한 투자에 특별한 주의를 기울인다(WHO 2017, 3).

2. 보건안보에 관한 선행연구 및 아세안의 보건협력 현황과 한계 검토의 필요성

사스 등 최근 전염병 사례를 경험하면서 도출한 주요 함의는 보건과 안보 사이의 밀접한 연관성을 파악할 필요가 있다는 것이다. 전염병을 반복적으로 경험하면서 학문적 접근은 보건 위기를 더욱 더 안보의 측면에서 인식해오고 있다. 보다 넓은 의미를 포함하는 비전통 안보(non-traditional security)와 신흥안보(emerging security) 등의 개념과 패러다임이 부상하면서 개별국가 차원을 넘어 지역 및 글로벌 차원에서 문제를 해결하기 위한 복합적인 거버넌스의 메커니즘을 모색해야 하는 필요성이 대두하였다. 최근 코로나19 신종 감염병의 전 세계적 대유행(Pandemic)으로 인하여 보건 문제는 더 이상 일국적 차원이 아닌 초국가적인 연대와 협력을 통해 해결해야 하는 방향으로 전환되고 있다.

보건안보에 관한 선행 연구들은 안보의 달성에 영향을 미치는 주요 요인들을 규명하는 작업을 진행해왔다. 다수의 선행연구들은 WHO와 같은 국제기구의 역할을 강조한다(Gupta and Guin 2010). 그리고 감염병 발생에 따라 보건 위기에 대응하는 방식과 그 효과성의 차이를 가져오는 국내 및 국제적인 요인들을 탐구하거나 글로벌 보건 거버넌스(global health governance)라는 포괄적인 개념의 틀에서 보건협력의 다양한 양상들을 분석하는 접근을 시도해왔다(신상범 2017).

보건위기가 국가 간 관계에 어떠한 영향을 미치고 국제사회가 공동

의 위기에 어떻게 대응할 수 있는지에 관한 논의도 진행되었다(Heymann 2003). 그리고 점증하는 국제사회의 전염병 문제가 안보의 시각에서 이해될 필요가 있다는 주장과 함께 국제협력을 보다 공고히 모색해야 한다는 주장이 등장했다(이상환 2008, 2009; 민병원·진경인 2014 재인용). 특히, 실시간 질병 감시, 정보의 취합과 보고, 그리고 대응 등 감염병 대비의 전 과정에서 지역 및 초국가 기구의 끊임없는 교류와 협력이 필요하다는 것을 주장한다(최은경·이종구 2016). 이상의 연구들은 모두 세계화의 심화와 함께 국내 방역만으로는 전염병을 퇴치하기 어렵고 현대 의학으로 해결하기 힘든 변종 바이러스가 존재하기 때문에 국가 간 협력 없이는 전염병으로부터 자유로울 수 없다는 인식을 토대로 협력의 틀을 강조한다.

한편, 일부 연구들은 개별 국가의 경제 발전, 민주성 그리고 정부의 능력과 같은 국내적인 변수에 초점을 맞추어 보건안보를 논의해왔다. 이효원·이수지·조화순(2019)은 중국을 사례로 데이터 분석을 통해 민주주의와 정부의 능력과 같은 국내 정치적인 변수가 국제적인 요인이나 경제적인 변수보다 보건안보의 달성에 중요한 요인이라는 점을 검증했다. 이상환(2011)은 동아시아 16개국, 즉 동북아(한국, 북한, 일본, 중국, 대만, 몽골) 지역과 동남아(태국, 필리핀, 인도네시아, 말레이시아, 브루나이, 베트남, 캄보디아, 라오스, 싱가포르, 미얀마)를 연구대상으로 하여 상호의존론(interdependence perspective)의 관점에서 세계화지수, 민주화지수, 소득양극화지수, 전염병발생 관련 지표, 보건의료 관련 지표 등을 토대로 경험적인 분석을 진행했다. 전염병 발생이 개별국가의 지역협력 필요성을 무조건 제고시키지 않았고 비민주적인 국가, 소득양극화가 심화된 국가에서는 정부의 관심사가 크지 않으며 시민사회 역시 정부에 이를 요구할 역량을 갖추지 못하고 있다는 점을 규명했다.

본 연구가 주목하는 동남아 지역 혹은 아세안의 보건협력에 관한 선

행 연구는 상당히 부족하며 특히, 국내 학술지에서 적극적으로 다루어지지 않았다. 주요 연구는 동아시아 지역의 차원에서 사스 사태로 인한 보건협력의 함의, 보건 거버넌스의 강화를 위한 의제 그리고 보편적 건강보장(UHC)과 국가별 건강 재정 메커니즘(Health Financing Mechanism)의 체계 등에 주목하였다(Caballero-Anthony 2005, 2008, 2018; Myint et al. 2019). 그리고 최근 코로나19 사태와 관련하여 아세안 회원국들의 위기 대응에 관한 연구논문 및 보고서가 출판되었다(김희숙 외 2020; Djalante 2020; OECD 2020).

한편, 아세안이 당면한 건강 문제와 장기적인 관점에서 지역협력, 조정 및 대응의 필요성에 주목한 연구들도 존재한다(Kumaresan and Huikuri 2015). 아세안 지역은 인구통계학적 및 역학적 전환으로 인해 중요한 건강 문제에 직면해 있다. 감염성 질병의 지속적인 위협과 함께 비전염성 만성 질환이 증가하면서 개발도상국에 일반적으로 존재하는 질병의 이중 부담에 직면해 있다. 아세안은 회원국 간 경제적, 문화적, 정치적 차이가 존재하는데, 이러한 격차를 어떻게 해소하면서 효과적으로 협력해나갈 수 있는가에 관한 논의가 진행되었다.

대표적으로, 라미와 푸아(Lamy and Phua 2012)는 유럽연합(EU)의 회원국 간 실험되고 있는 개방형 정책 조정 방식(Open Method of Coordination)을 통해 아세안이 보다 효과적으로 협력할 수 있다고 주장했다. 아세안 회원국은 전염병의 시기에만 정치적 의지가 분명하게 나타났으며 회원국 간 격차로 인해서 단기 및 장기적인 건강 문제에 대하여 동등한 정치적 의지를 보여주지 않는다는 점을 문제로 지적했다. 장기적인 건강 위협을 해결하기 위한 지역적 대응, 특히 보건 정책 입안자 혹은 보건 인력의 교육 그리고 역량 구축의 형태와 같이 공통의 표준을 달성하기 위한 지역협력이 필요하다는 점을 강조한다.

이상의 선행연구들은 아세안이 당면한 건강 문제와 보건협력의 필

요성을 제기하고 있지만 다음과 같은 한계가 존재한다. 첫째, 아세안 지역의 건강 및 보건 상황을 이해하기 위한 국내 연구가 미진하다. 코로나19 사태로 인하여 동남아시아 지역의 보건 분야에 관한 관심이 보다 증가했지만 보건 관련 지표는 물론이고 동남아시아 지역에 영향을 미친 주요 감염병 사례에 관한 정보가 부족하다. 둘째, 아세안의 보건 협력에 관한 분석의 범위는 사스 사태 이전과 이후의 시기에 국한되어 있어 아세안 창설 이후부터 최근까지 진행되고 있는 보건협력의 과정을 이해하는 데 한계가 있다. 이상과 같은 한계를 토대로 본 연구는 아세안 회원국의 보건 관련 지표와 주요 감염병 사례, 아세안의 보건위기 대응과 협력의 과정, 그리고 코로나19 팬데믹 시기 보건협력과 한계 등을 짚어보고 향후 과제를 검토해보고자 한다.

III. 아세안 회원국의 보건 관련 지표와 주요 감염병 사례

1. 아세안 회원국의 보건 관련 지표

1) 건강 상태

OECD(2018) 자료에 따르면, 국가별 건강 상태를 비교하는 데 사용되는 5가지 지표는 남성과 여성의 기대여명, 남성과 여성의 65세까지의 생존율, 그리고 출생아 1,000명당 5세 미만의 사망률이다. 건강 상태는 국가 경제 발전 수준에 따라 국가별로 일정한 차이를 보여준다. 아세안 10개국 중 브루나이와 싱가포르를 고소득 국가에, 말레이시아와 태국은 중상위 소득국가에, 그리고 캄보디아, 인도네시아, 라오스, 미얀마, 필리핀, 그리고 베트남은 중하위 및 저소득 국가에 해당한다.

1인당 GDP가 가장 높은 수준인 싱가포르의 경우 기대여명은 남녀

평균 80세 이상이고, 65세까지의 생존율은 남녀 평균 90% 이상이며, 출생아 1,000명당 5세 미만 사망률은 2.8명이다. 반면, 1인당 GDP가 가장 낮은 수준인 미얀마의 경우 기대여명은 약 67세, 65세까지의 생존율은 약 68%, 그리고 출생아 1,000명당 5세 미만 사망률은 50.8명이다. 즉, 아세안 10개국의 경제발전 수준에 따라 건강 상태의 편차가 극심한 양상을 보여주고 있다.

<표 1> 아세안 회원국별 건강 상태 지표

국가	1인당 GDP (US\$)	기대여명 (세)		65세까지의 생존율 (%)		5세 미만 사망률
		남	여	남	여	출생아 1,000명당
브루나이	29,711	75.3	77.6	83.6	88.2	9.9
캄보디아	1,389	67.3	71.2	67.3	76.6	30.6
인도네시아	3,875	67.3	71.4	67.1	76.5	26.4
라오스	2,542	64.2	67.4	65.0	71.8	63.9
말레이시아	9,812	73.2	77.6	76.5	86.2	8.3
미얀마	1,263	64.6	68.9	63.3	72.8	50.8
필리핀	2,976	66.2	72.6	61.6	77.9	27.1
싱가포르	57,713	80.8	85.0	89.6	93.6	2.8
태국	6,590	71.8	79.3	72.6	85.8	12.2
베트남	2,353	71.7	80.9	73.1	88.0	21.6

출처: OECD 2018, 15

주: 1인당 GDP는 2017년 기준; 기대여명, 65세까지의 생존율, 5세 미만 사망률은 2016년 기준

2) 건강 위험 요인

건강 위험 요인을 파악하기 위한 5가지 지표는 15세 이상의 연령을 표준화한 흡연 유병률 추정치, 15세 이상에서 1인당 알코올 소비량, 기본 위생시설 이용 인구 비중, 기본 식수 이용 인구 비중, 청소년의 과체중 유병률(가공하지 않은 추정치)이다. 흡연자 비율은 인도네시아가

33.6%로 가장 높고, 알코올 소비량은 태국이 1인당 6.4L로 다른 국가들과 비교해볼 때 상대적으로 높은 수준이다. 기본 위생시설과 기본 식수를 이용할 수 있는 인구의 경우 경제발전 수준이 높은 싱가포르, 브루나이, 말레이시아가 상대적으로 높은 것으로 나타났고, 10~19세 청소년 과체중의 경우 말레이시아와 브루나이가 각각 25.3%와 25.1%로 높은 수준이고 베트남이 8.6%로 낮은 수준이다.

<표 2> 아세안 회원국별 건강 위험 지표

국가	흡연	알코올 소비량	기본 위생시설 이용	기본 식수 이용	청소년 과체중
	흡연자 비율(%)	1인당 L	인구(%)	인구(%)	10~19세 인구(%)
브루나이	13.2	1.0	96	100	25.1
캄보디아	15.5	2.1	49	75	10.4
인도네시아	33.6	-	68	90	14.2
라오스	25.1	5.4	-	80	12.5
말레이시아	17.4	0.5	100	96	25.3
미얀마	16.2	0.7	65	68	10.7
필리핀	18.9	4.5	75	91	12.0
싱가포르	13.3	1.8	100	100	21.2
태국	16.9	6.4	95	98	20.4
베트남	18.7	4.1	78	91	8.6

출처: OECD 2018, 16

주: 흡연, 알코올소비량, 기본 위생시설이용, 기본 식수이용의 경우 2015년 기준, 청소년 과체중의 경우 2016년 기준

3) 보건의료의 질과 자원

OECD 자료에 따르면, 보건의료의 질은 5세 이상에서 유방암, 자궁경부암, 대장암의 5년 순 생존율과 1세 아동의 디프테리아, 파상풍, 백일해(DTP3)와 홍역(MCV) 예방접종률에 따라 국가별 양상을 파악한다. 이 가운데 5세 이상에서 유방암, 자궁경부암, 대장암의 5년 순 생존

율의 경우 싱가포르, 말레이시아, 태국을 제외한 다른 7개 국가의 자료는 없었기 때문에 이 글에서는 예방접종 관련 자료만 정리하였다. 보건 의료자원의 경우 1인당 의료비, 총 의료비 중 가계직접부담금 비중, 1인당 의약품비, 1,000명당 병상 수로 국가별 수준을 비교한다.

DTP3와 MCV 예방접종률의 경우 브루나이, 태국, 말레이시아, 싱가포르, 베트남은 95% 이상이며 인도네시아가 70%대로 가장 낮은 수준이다. 1인당 의료비는 경제발전 수준에 따라 일정한 차이를 보여준다. 가계직접부담금의 경우 브루나이와 태국이 각각 6.0%와 11.0%로 가장 낮고, 미얀마가 73.9%로 가장 높다. 1,000명당 병상 수의 경우 브루나이, 베트남, 그리고 태국이 높은 수준이며 필리핀, 캄보디아, 미얀마가 낮은 수준이다.

<표 3> 아세안 회원국별 보건의료의 질과 자원

국가	DTP3	MCV	의료비	가계직접 부담금	의약품비	1,000명 당 병상
	예방 접종률(%)	예방 접종률(%)	1인당 USD	의료비 비중	1인당 USD	수
브루나이	99	98	2,083.4	6.0	-	2.8
캄보디아	90	81	209.6	59.4	64.8	0.8
인도네시아	79	76	369.3	48.3	-	1.2
라오스	82	76	165.8	45.4	23.4	1.5
말레이시아	98	96	1,063.9	36.7	-	1.3
미얀마	90	91	267.2	73.9	111.5	0.9
필리핀	86	80	322.8	53.5	137.8	0.5
싱가포르	97	95	3,681.3	31.6	232.7	1.8
태국	99	99	610.2	11.8	-	2.1
베트남	96	99	334.3	43.5	66.9	2.6

출처: OECD 2018, 17-18.

주: DTP3, MCV 예방접종률은 2016년 기준, 1인당 의료비, 총 의료비 중 가계직접 부담금 비중, 1인당 의약품비는 2015년 기준, 1,000명당 병상 수는 2016년 기준

2. 동남아시아에 영향을 미친 주요 감염병 사례

2000년 이후 과학기술의 발전으로 인하여 인구 증가와 함께 인구 이동의 속도가 빨라졌다. 이에 따라 신종 바이러스의 출현과 그 전염병 유행의 주기가 더욱 빈번해지고 있으며 비전통적 안보(non-traditional security) 및 신흥안보(emerging security)의 개념이 등장하면서 글로벌 보건 거버넌스나 지역 간 보건협력을 위한 노력의 필요성이 더욱 증대되고 있다. 아래에서는 2000년대를 중심으로 그 이전과 이후를 시기를 구분하여 시기별 감염병의 발생과 원인, 확산, 그리고 영향과 함의 등을 파악해보고자 한다.

1) 2000년대 이전

영국, 네덜란드, 프랑스의 제국주의 확대로 인한 무역 및 상업의 증가 그리고 이에 따른 지역 사람들의 이동은 필연적으로 국경을 넘나드는 질병의 증가를 동반했다. 동남아시아와 인도양에서 오랜 기간 동안 존재해 온 전염병, 예를 들면 흑사병, 천연두, 콜레라 등은 인도와 중국의 상인, 이주 노동자, 그리고 순례자들을 통해 동남아시아로 유입되었고 동남아시아는 역학 교환의 장소가 되었다(Arnold 1991).

2000년대 이전에 동남아시아에서는 린더페스트(Rinderpest, 우역 바이러스), 각기병(Beriberi), 인플루엔자(H1N1) 대유행, 뎅기열(Dengue Virus), 치쿤군야(Chikungunya), 니파(Nipah), 후천성면역결핍증후군(HIV/AIDS) 등이 전파되었다. 린더페스트는 소에 의한 감염병이다. 2011년 5월에 WHO가 근절을 선포하기 전까지 수백 년 동안 발생 사례가 보고되어 온 역사상 최악의 질병 중 하나이다. 동남아시아 지역에서 린더페스트는 1887년 필리핀에서 처음 발생했는데, 인도차이나로부터 수입된 동물에 의한 것으로 간주된다. 인간을 직접 감염시키지 않지만 인간의 생계와 음식에 대한 접근성을 파괴할 수 있다는 점에 인간

의 건강과 생존에 있어서 동물 질병의 중요한 함의를 찾을 수 있다. 농사에 이용되는 소의 감염과 폐사로 인하여 쌀 등의 생산물이 급격히 감소했고 이에 따라 영양실조가 악화되었다. 여기에 말라리아와 콜레라는 영양실조로 이미 쇠약한 인구에 더 심각한 영향을 주었다(메릴린 루싱크 2019, 128; Wilson 2014, 139).

각기병은 1902년과 1903년에 걸쳐 1만 명 이상의 사망자가 발생하면서 말라리아, 콜레라, 결핵, 설사병, 그리고 천연두에 이어 전염병으로 인한 사망의 6번째 주요 원인이 된 질병이다. 질병의 원인은 티아민(thiamine, 비타민 B1)의 결핍으로 인한 것이다. 쌀을 주식으로 하는 지역에서 발병률이 높았다. 필리핀에서 다수의 각기병 환자가 발생했는데, 식민지배 시기 동안 선박 및 항만 서비스의 발달과 쌀에서 설탕, 대마, 담배 등으로의 농업 생산 작물의 전환이 주요 원인이었다. 1900년대 초까지 매년 3억 킬로그램을 초과하는 쌀을 수입했는데, 현대식 정미 기계로 도정된 수입쌀에는 티아민이 부족했다. 당시 생선 등 다른 음식으로 티아민을 보충할 수 있었지만 사람들은 콜레라 전염병 등으로 인해서 생선을 먹는 것을 두려워했다. 따라서 가공된 쌀만 섭취한 가난한 계층의 사람들이 각기병에 걸렸다(Wilson 2014, 140).

제1차 세계대전 중 1918년에 확산된 인플루엔자 바이러스는 3년 간 세계 18억 명 중 5억 명을 감염시켰고 2000만 ~ 1억 명이 사망했다. 1918년 6월과 7월에 말라야(Malaya), 네덜란드령 동인도(Netherlands East Indies, 현 인도네시아), 필리핀(Philippines), 버마(Burma), 그리고 인도차이나(Indochina)에서 바이러스가 확산되었고, 같은 해 10월에 2차 독감이 발생했을 때 바이러스는 더욱 변이를 일으켜 지역 내 수백만 명이 감염되었다. 갑작스런 발병, 고열, 그리고 심한 두통이 특징이었고, 일반적으로 인후통과 마른기침뿐만 아니라 근육통이 동반되었다. 심한 경우에는 종종 메스꺼움 증상과 기침을 하면 피를 토하는 증상이 동반되었다. 치명적인 사례는 발병 후 며칠 내에 폐, 호흡기 합병증, 폐

럼 등으로 발전했다(Walker 2014, 63-64).

덴기열은 동남아시아 지역 전체에서 지속적이고 광범위하게 발생했다. RNA 바이러스로 인한 덴기열 감염은 무증상 혹은 경증에서부터 사망에 이르는 출혈열에 이르기까지 다양하다. 덴기열 바이러스의 주요 매개체는 이집트 숲모기(*Aedes aegypti*)다. 네 개의 혈청형(serotypes)이 존재하는데, 모두 동남아시아에서 순환한다. 한 번 감염된 혈청형에 대해서는 평생면역을 가지지만, 다른 혈청형에 대한 재감염은 막지 못하기 때문에 재감염되는 경우 중증에서 위험도가 증가한다. 1950년대 출혈성 질환이 태국에서 산발적으로 나타났다. 1958년에 처음으로 전염성이 발견되었고 계절성과 주기적 패턴을 보이면서 약 3년마다 더욱 심각하게 발생했다. 철저한 감시 및 매개체 제어 프로그램을 가진 싱가포르에도 영향을 주었다. 덴기열 사례의 증가를 촉진하는 요인은 열대 및 아열대 지역에서의 도시화와 인구 이동의 증가 그리고 말라리아인지 덴기열인지 그 질병의 원인이 무엇인지 분명하지 않은 열악한 매개체 제어 및 감시 프로그램이다(Wilson 2014, 140-143).

치쿤군야 역시 이집트 숲모기에 의해 전염되는 질병이다. 바이러스의 기원은 아프리카이다. 1950년대 탄자니아에서 처음으로 발병 사례가 확인된 후 아시아 지역으로 확산되었다. 감염은 덴기열과 유사한 열과 발진을 유발하지만, 중증의 관절 통증을 동반한다는 점이 특징이다. 치명적이지는 않지만 장애를 일으킬 수 있다. 동남아시아에서 역사적으로 1700년대 후반에 치쿤군야와 유사한 바이러스가 존재한 것으로 추정된다(Pulmanausahakul et al. 2011). 공식적으로는 1954년 필리핀에서 처음으로 발병 사례가 보고되었고 인근 지역으로 확대되었다. 1970년대에는 산발적 사태로 발생했고, 이후 1980년대 인도네시아, 1998년에 말레이시아, 그리고 2006년에 싱가포르에서 확인되었다(Wilson 2014, 144).

1999년 말레이시아와 싱가포르에서 처음 발생한 니파(Nipah) 바이

러스 감염증은 과일 박쥐가 돼지 농장에 바이러스를 옮기면서 시작됐다(CDC 2014/03/20). 야생 과일 박쥐는 과일나무에 달린 과일들을 먹는데, 땅에 떨어진 이 과일들을 돼지가 먹으면서 과일에 묻어있던 박쥐의 침에 의해 돼지들이 바이러스에 감염되기 시작한 것으로 알려졌다. 감염된 돼지들 가까이에서 일하던 인간이 바이러스에 감염됐고, 이 중 100명 이상이 사망하는 등 사망률은 45~75%에 달했다(BBC 2020/06/10).

HIV/AIDS는 병리학적으로 1981년 미국에서 발견되어 유행하기 시작했다. 현재 유행하는 감염병 가운데 가장 많은 수의 사망자를 기록한 것으로 나타났다. 바이러스는 아프리카 침팬지로부터 연유한 것으로 밝혀졌다. 아세안 회원국 중에서 HIV/AIDS로 인한 장애보정 생존년수(Disability-Adjusted Life Years, 이하 DALYs)가 가장 심각한 국가는 태국, 캄보디아, 그리고 미얀마이다(Wilson 2014, 147).

<표 4> 동남아시아 지역에 영향을 미친 주요 감염병 사례: 2000년대 이전

감염병	시기, 발생원인	확산	영향 및 함의
린더페스트 (Rinderpest)	1887년 필리핀에서 처음 발생, 소에 의한 감염	동물 수출입	동물의 질병과 인간의 건강 간 상관성, 농사에 이용되는 소의 감염과 폐사로 쌀 등 생산물 감소와 영양실조 악화
각기병 (Beriberi)	1902년 필리핀, 작물 전환과 고정된 수입쌀의 섭취, 티아민(thiamine) 의 결핍	도정된 수입쌀만 섭취한 가난한 계층의 사람들	콜레라 등 다른 감염병의 위험으로 인한 영양분 미공급
인플루엔자 (Influenza) 대유행	1918년 스페인 독감의 영향	영국, 네덜란드, 프랑스 제국주의 확대로 인한 무역, 상업, 이동 증가	보건 및 의료 인프라에 대한 식민지 당국의 관심 증가, 위생 체제와 검역 시스템 도입, 질병에 관한 정보 수집, 독감으로 인한 쌀 가격 급등, 폭력, 강도 및 살인 증가

감염병	시기, 발생원인	확산	영향 및 함의
뎅기열 (Dengue virus)	1950년대 출혈성 질환이 태국에서 산발적으로 발생, 1958년에 전염 사례 관찰, RNA 바이러스, 주요 매개체는 이집트 숲모기	도시화, 인구 이동, 열악한 매개체 통제	높은 질병률, 재감염의 위험, 생산성 및 건강관리 상실로 인한 경제적 결과
치쿤군야 (Chikungunya virus)	1954년 필리핀에서 발생, 아프리카 영장류, 모기에 의한 전염	인구 이동, 도시화, 바이러스의 돌연변이	사망률은 낮지만 지속적인 관절통 장애가 일반적
니파 (Nipah virus)	1999년 말레이시아와 싱가포르 돼지농장 인근에서 발생, 야생 과일 박쥐에 의한 돼지의 감염, 돼지에 의한 인간 감염	야생동물과 인간의 접촉	45~75%의 높은 사망률 농장, 동물이 판매되는 시장 등 인간과 야생동물의 경계 지점
후천성면역 결핍증후군 (HIV/AIDS)	아프리카 침팬지, 수십 년에 걸쳐 전 세계로 확산	영장류와 인간의 접촉, 사냥, 식용 야생동물; 여행; 의료, 성 접촉 등	2018년 기준 전 세계 3,790만 명의 감염 사례, 동남아시아에서는 170만 명 신규 사례, 77만 명 사망, 태국, 캄보디아, 미얀마에서 가장 심각함

출처: Walker 2014, 63-64; Wilson 2014, 139; ASEAN Biodiaspora Virtual Center (ABVC), CDC(Centers for Diseases) Control and Prevention, Dengue Virus Net 종합.

2) 2000년 이후

2000년 이후 동남아시아에서는 사스(SARS), 조류독감(H5N1), 신종 인플루엔자 A(H1N1), 코로나바이러스감염증(COVID-19) 등이 확산

되었다. 코로나 바이러스는 오랜 시간 사람에게 가벼운 감기 정도를 일으키는 바이러스로 알려졌다. 하지만, 2000년 이후 기존과는 전혀 다른 성질을 지닌 ‘신종’ 바이러스가 나타나 큰 위협이 되고 있다(김우주 2020, 105). 21세기 첫 유행성 질병은 중증급성호흡기증후군으로 알려진 사스(SARS)였다. 첫 사례는 2002년 11월 중국 광둥성에서 발생했다. 이후 베이징, 싱가포르, 토론토 등 여러 주요 도시를 여행한 사람들에게 의해 전 세계로 빠르게 확산되었고, 30개국에서 8,422건의 감염 사례와 916명의 사망자가 확인되었다. 사스는 사람 대 사람 간 전염으로 비행기를 타고 전 세계에서 가장 발전된 일부 도시, 예를 들면 홍콩, 토론토, 그리고 싱가포르 등을 오고가는 사람들에게 의해 전파되었다. 동남아시아에서는 싱가포르, 베트남, 태국, 말레이시아, 그리고 인도네시아에서 331건의 감염 사례와 44건의 사망자가 보고되었다. 사스는 박쥐에 있던 바이러스가 변종이 생기면서 사향고양이로 옮겨졌고, 이 사향고양이를 요리하던 요리사를 시작으로 사람에게 전파된 것으로 확인되었다. 즉, 야생 동물 사냥 및 양식과 새로운 지역의 인구 증가 및 개발, 그리고 전 세계적 인구 이동으로 인해 바이러스가 확산되었다. 사스 사태로 인하여 2005년에 WHO에 보고해야 할 질병을 지정하는 국제보건규정(International Health Regulation)이 개정되었다.

조류독감(H5N1)은 1997년 홍콩에서 처음 발견되었다. 18명이 심한 호흡기 증상을 보였고 이 중 6명이 사망하면서 조류로부터 사람으로의 감염이 처음으로 확인되었다. 당시 이 바이러스의 병원소(reservoir)를 제거하기 위하여 가금류를 폐사시켰고 이로 인해 인간의 감염은 일시적으로 중단되었지만 조류에서의 병원소는 제거되지 않았다. 조류의 체내에 있는 바이러스는 배설물을 통해 배출되어 환경을 오염시키고 철새에 의해 다른 장소로 전파되거나 시장을 통해 이동할 수 있다. 동남아시아에서는 캄보디아, 라오스, 미얀마, 태국, 그리고 베트남에서 조류독감이 보고되었다. 대부분의 발병 사례는 감염된 가금류와의 직

접 및 간접적인 접촉으로 인한 것이었다. 2004년에는 베트남과 태국에서 조류로부터 인체감염 사례가 발생했다. 인간의 사망은 다른 인플루엔자 감염병에 비해 상대적으로 적지만 가금류 산업에 대한 피해는 심각하다(Wilson 2014, 145).

신종인플루엔자 A(H1N1)는 2009년 6월에 세계보건기구(WHO)가 대유행(pandemic)을 선언한 호흡기 질환이다. 같은 해 4월 멕시코와 미국에서 발생하여 전 세계 214개국 이상에서 유행했고, 약 1만 9천여 명의 사망자가 발생했다. 바이러스의 유전자는 북미의 돼지, 사람 및 조류 바이러스와 유라시아의 돼지 바이러스가 섞여 있었다. 증상은 고열, 기침, 콧물, 인후통 등을 동반하면서 계절인플루엔자 A와 유사했지만 바이러스의 유전자 및 항원의 특성은 전혀 달랐으며, 노인 감염자보다 소아 및 젊은 성인에게 주로 발생했다는 점이 특징이다(김우주 2009). 인플루엔자 A로 인해 돼지 금수 조치와 여행 자제 조치 등이 내려지자 국가 간 갈등이 심화되는 양상이 나타났다(이상환 2020, 5).

신종 코로나바이러스감염증19(COVID-19, 이하 코로나19)는 2019년 12월 중국 우한(Wuhan)시에서 처음으로 확인되었다. 바이러스는 박쥐와 천산갑을 거치는 과정에서 유전적으로 진화하는 변화를 거쳐 사람 감염 능력을 갖춘 것으로 확인되었다(연합뉴스 2020/06/01; Lam et al. 2020). 중국과의 지리적 근접성, 비즈니스, 관광 그리고 공급망 연결 등으로 인하여 동남아시아 지역에서도 감염자가 증가했다. 코로나19 감염의 확진 사례는 2020년 1월 13일 태국에서 처음으로 확인되었다. 이후 1월 23일에 베트남, 싱가포르, 그리고 캄보디아에서, 그리고 1월 26일 말레이시아와 1월 30일 필리핀에서 보고되었다. 이후 2월 한 달 간 코로나19 확진 사례가 보고되지 않았지만, 3월 2일과 9일에 각각 인도네시아와 브루나이에서 확진 사례가 보고되었고, 3월 21일에 동티모르, 3월 24일에 라오스와 미얀마에서 확진 사례가 공식 발표되었다(김희숙 외 2020). 아세안 10개 회원국에서는 8월 20일 기준 215,428건

의 감염 사례와 6,590명의 사망자가 발생했다(WHO Coronavirus Disease(COVID-19) Dashboard 2020/08/20).

<표 5> 동남아시아 지역에 영향을 미친 주요 감염병 사례: 2000년대 이후

감염병	시기, 발생원인	확산	영향 및 합의
사스 (SARS coronavirus)	2002년 중국 최초 사례 확인, 박쥐 → 사향고양이 → 사람에게 전파, 사람 간 전염, 야생 동물 사냥 및 양식과 새로운 지역의 인구 증가 및 개발	감염된 사람의 여행, 병원, 비행기 등 전 세계적 인구 이동	30개국에서 8,422건의 감염 사례와 916명의 사망자 발생, 동남아시아에서는 싱가포르, 베트남, 태국, 말레이시아, 그리고 인도네시아에서 331건의 감염 및 44건의 사망 사례 확인
조류독감 (H5N1, Influenza virus)	1997년 홍콩에서 처음 발생, 조류 숙주 (닭, 오리 등), 2004년 일부 사람 대 사람 간 전염 사례 발견	가금류 거래, 조류의 이주, 아시아, 유럽과 아프리카의 조류 종에 제한적으로 산발적 확산	확산을 막기 위하여 수백만의 가금류 도태(culling)
신종 인플루엔자 A (H1N1)	2009년, 돼지독감 바이러스의 유전자 재조합	호흡기를 통해 전파, 설사 등 다른 체액에 의한 전파	노인 감염자보다 소아 및 젊은 성인에게 주로 발생, 돼지 급수 조치와 여행 자제 조치 등 국가 간 갈등 심화
신종 코로나바이러 스감염증19 (COVID-19)	2019년 말 중국 우한시, 박쥐→중간 매개체(천산갑 등 야생동물로 추정)를 통해 사람에게 전염	감염된 사람의 비밀(침방울), 접촉을 통한 전파, 전 세계적 인구 이동	8/20 기준 전 세계 22,256,220건의 감염, 782,456명 사망자 발생 아세안 회원국의 경우 215,428건의 감염 6,590명의 사망자 발생

출처: 김우주 2020, 105-109; 메릴린 루싱크 2019, 128; 세계보건기구(WHO) 보고서 (2015/2020); 이상환 2020; Wilson 2014, 139; ASEAN Biodiaspora Virtual Center (ABVC), WHO Coronavirus Disease(COVID-19) Dashboard 종합.

IV. 아세안의 보건위기 대응과 협력: 감염병과 국가안보 (national security)

아세안 차원에서 보건협력 논의의 전환은 사스(SARS) 사태 이전과 이후로 구분된다. 아세안 설립 후 2000년까지 지역 내 보건협력은 보건의료에 대한 접근, 건강한 생활 습관 증진, 감염병 통제 능력 향상, 그리고 마약 퇴치 등과 같은 공통의 관심 분야를 “확인”하는 것에만 중점을 두었고 협력을 위한 제도적인 성과는 나타나지 않았다. 그 이유는 다음과 같다. 첫째, 보건 분야는 지극히 국내적인 문제로 인식되고 있었다. 아세안은 역내 회원국 간의 내정 불간섭(non-interference)에 관한 규범을 주요 제도적 장치로 두고 있다(변창구 2011). 이 때문에 회원국 국민의 건강과 관련된 민감한 문제를 다른 회원국과의 협력 의제로 다루는 데 소극적이었다.

둘째, 건강은 주로 개별 국가의 발전과 경제 성장을 위한 중요한 문제로 고려되었고 자국 국민의 건강을 어떻게 관리하고 향상시킬 것인가의 문제로 귀결되었다. 1980년대와 2000년의 보건장관 선언문의 주요 내용을 살펴보면, 주로 국가와 국민의 건강 그리고 빈곤과 산업화 등의 문제에 주목하고 있다. 역내 회원국 간의 경제발전의 격차로 인하여 건강과 보건의료 수준 역시 차이가 나는 상황에서 이에 대한 합의된 의견을 도출하기는 쉽지 않았다.

끝으로, 세계보건기구(WHO)가 개별 국가와의 양자 수준에서 건강 문제를 해결하는 데 주도적인 역할을 했기 때문이다(Stevenson and Cooper 2009; Lamy and Puah 2012). 1948년 4월 7일에 61개 국가가 WHO 헌장을 비준하여 정식 발족된 WHO는 7월에 유엔 전문기구가 되었다. 1978년 9월에 구소련에서 개최된 일차보건의료에 대한 알마아타 국제회의(Alma-Ata International Conference)에서 “모든 사람에

게 건강을”(Health for All)이라는 표제 하에 2000년까지 일차보건의료를 이용한 인간의 건강 증진을 목표로 하였다. 동남아시아 지역은 항상 자연재해에 노출되어 있었고 지역 및 국가의 재난 대비 및 대응 프로그램을 체계화해야 했다. HIV/AIDS, 매종(yaws)⁴⁾, 말라리아 등에 대한 주의를 요구했다(WHO 2018, 65, 89-90).

1. 아세안 창설 이후부터 사스(SARS) 사태 이전까지: 보건에 관한 공통의 관심 분야 확인

1967년에 ‘방콕 선언’을 통해 창설된 아세안은 동남아시아 5개국(태국, 인도네시아, 말레이시아, 싱가포르, 필리핀) 간 느슨한 협의체로 출발했다. 설립 후 지역협력은 주로 경제발전을 증진시키고 역내 정치적 분쟁과 갈등을 피하는 데 중점을 두었다. 초기에는 정치 문제와 안보 문제들이 논의의 주요 이슈로 등장했지만, 1980년대 들어 아세안 회원국의 국내외 경제 환경이 급변하면서 경제협력의 필요성을 강조했다(변창구 1999, 226). 즉, 아세안 창설 후 회원국은 사회문화 분야에 해당하는 역내 보건 분야에 관한 협력의 제도화에 대해서는 소극적인 입장을 취했고, 2000년대 초까지 보건협력은 건강 문제를 지역 거버넌스를 위한 의제로 두려는 노력이 부재했다.

아세안의 보건협력은 1980년 7월 마닐라에서 처음으로 개최된 보건장관회의(AHMM, ASEAN Health Ministers Meeting)를 통해 시작되었다. 당시 아세안 회원국이었던 인도네시아, 말레이시아, 필리핀, 싱가포르, 태국의 5개국 보건장관들은 “아세안 회원국 간 건강에 대한 지역적 협력을 강화하는 선언문”을 채택하였다. 주요 내용은 ① 회원국 국민의 건강에 관심을 가지고, ② 건강 문제에 있어서 국가 간 유사성과 차이점을 확인하고, ③ 각 국가의 경험, 전문 지식, 그리고 자원을 공

4) 열대 피부병의 일종

유함으로써 얻을 수 있는 이점을 인식하고, ④ 삶의 질을 향상시키는 데 있어서 건강의 중요한 역할을 고려한다는 것이었다(ASEAN Secretariat 2010/12/19)

이후 브루나이(1984년), 베트남(1995년), 라오스와 미얀마(1997년), 그리고 캄보디아(1999년)가 차례로 아세안에 가입했고, 2000년 4월에 10개국으로 구성된 제5차 아세안보건장관회의가 인도네시아 족자카르타에서 개최되었다. 아세안 보건장관들은 2020년까지 건강이 개발의 중심에 있고 건강에 대한 아세안 협력이 강화되어 국민이 안전한 환경에서 조화롭게 생활하도록 보장을 강화할 것이라고 강조하는 “건강한 아세안 2020(Healthy ASEAN 2020)”을 선언했다. 주요 내용은 ① 건강 문제는 빈곤, 도시화, 산업화, 환경오염, 생활 방식 관련 질환, 그리고 스트레스 관련 문제라는 점을 충분히 인식하고, ② 세계화 및 무역자유화로 인하여 발생하는 도전과 기회의 측면에서 보건 분야의 준비가 필요하다는 점을 확인하며, ③ 재정적 제약에도 불구하고 행동계획 및 프로그램을 공식화하고 건강 관련 역내 활동을 이행하는 것을 촉구하는 것이었다(ASEAN Secretariat 2012/08/16).

2. 사스(SARS) 사태 이후부터 2008년까지: 감염병 위기 대응을 위한 보건협력의 중요성 증대와 제도화

사스 사태 이후 처음으로 개최된 제7차 아세안보건장관회의가 2004년 4월에 말레이시아 페낭에서 열렸다. 회의의 주제는 “국경 없는 보건(Health Without Frontiers)”이었다. 사람들의 이동이 증가하면서 국경 간 전염의 위험도가 증가했고, 감염성 질병의 발생에 대한 주의와 감시의 필요성이 강조되었다. 이에 따라 각 부문과 정부기관 간 더 깊은 협력 체제를 구축하는 것에 대한 중요성이 증대되었다(ASEAN Secretariat 2004/04/22).

이러한 배경은 2003년 10월 발리에서 개최된 제9차 아세안정상회의(ASEAN Summit)의 권고에 따른 것이다. 아세안 정상들은 경계의 구분이 없는(seamless) 아세안에서 보건협력이 변화와 확장의 위기에 처해 있고, 의료서비스 등을 우선 부문으로 협력을 가속화하고, HIV/AIDS, 사스 그리고 조류 독감과 같은 감염병 예방 및 통제를 포함하여 공중 보건 분야의 협력을 더욱 강화하며, 의약품에 대한 접근성을 높이기 위한 공동의 지역 행동을 지원하는 것에 합의하였다(ASEAN Secretariat 2012/05/11).

이때부터 아세안은 보건 이슈를 관리하기 위한 지역적 틀을 적극적으로 제도화하기 시작했다. 사스 사태 이후 시작된 많은 조치는 주로 국가 및 지역 차원에서 질병 발생 모니터링을 강화하기 위한 것이었고 이러한 작업은 2004년에 처음으로 개최된 아세안+3 보건장관회의로 인하여 더욱 가속화되었다. 대표적인 예를 들면, 2004년 12월에 아세안은 역내 조류 독감 확산을 감시하기 위하여 고병원성 조류 인플루엔자(Highly Pathogenic Avian Influenza, 이하 HPAI) 태스크포스(Task Force)를 설립했고, 아세안을 창설한 5개 회원국에 특정한 역할을 수행하는 조직을 설치했다.

인도네시아는 백신 접종과 도태 절차(culling procedures)에 관한 업무를 맡았다. 말레이시아의 과제는 질병을 억제하고 비상 대비 태세를 강화하며 역내 질병 없는 지역(disease-free zones)을 구축하기 위한 행동계획 초안을 마련하는 것이었다. 필리핀과 싱가포르의 각각 문제에 대한 대중의 인식을 높이고, 정보 공유 시스템을 구축하는 일을 담당하였다. 그리고 태국의 임무는 질병을 탐지하고 바이러스 샘플의 빠른 교환 및 분석을 보장하는 감시 시스템을 구축하는 것이었다. 이후 이 계획은 2005년 10월에 조류 인플루엔자를 위한 지역 기금 설립과 3년간의 행동계획(2006-2008)으로 강화되었다. 이 기금은 고병원성 조류 인플루엔자 제어 및 퇴치를 위한 프레임워크(2008-2010) 하에 포함되었

다(ASEAN Secretariat 2006/04/01).

8차 아세안보건장관회의는 2006년 6월 미얀마 양곤에서 개최되었다. 회의 주제는 “보건 비상사태에서 아세안 통합(ASEAN Unity in Health Emergencies)”이었다. 자연재해, 생물 테러, 잠재적 인플루엔자 팬데믹을 포함한 전염병 발생과 같은 잠재적인 공중 보건 비상사태를 이해하고 준비할 수 있도록 모든 노력을 기울여야 한다는 데 합의했다(ASEAN Secretariat 2006/06/21). 9차 보건장관회의는 2008년 10월 필리핀 마닐라에서 개최되었고, 회의 주제는 “무역자유화: 국경 없는 건강 문제에 대한 부정적 영향”이었다. 회원국의 보건부 장관들은 세계화와 무역자유화가 건강 부문에 긍정적이고 부정적인 영향을 줄 수 있다는 공통된 견해를 공유했다(ASEAN Secretariat 2008/10/10).

아세안의 전염병 퇴치에 관한 노력은 더 광범위한 아세안+3 틀 내에서 관련 이니셔티브에 의해 보완되었다. 사스 발생 기간 동안 아세안과 한국, 중국, 일본 세 국가의 지도자들은 특별보건정상회의를 소집하여 질병의 확산을 관리하기 위한 대응을 결정하고 국경 통제 및 이민 관련 문제를 해결해나가는 데 필요한 조치를 마련하도록 했다. 대표적으로 아세안+3 신종전염병 (Emerging Infectious Diseases, 이하 EID) 프로그램이 설립되었다. 협력 프로그램 중 상당수는 질병 감시를 위한 국가 및 지역의 역량 강화와 모든 유행병 발생에 대비 한 초기 대응 능력에 초점을 두고 있다(ASEAN Secretariat 2012/08/13).

아세안+3 협력은 1997년 금융위기를 계기로 시작되었지만, 보건 분야에서의 실질적인 협력과 제도화가 이행된 시점은 2003년 이후부터다. 모자 보건뿐만 아니라 전염병 역학훈련 네트워크, 위험 커뮤니케이션, 파트너십 실험실, 동물 및 인간 건강 협력, 그리고 말라리아, 광견병, Dengue열을 포함한 특정 질병 치료, 전통 의학, 그리고 사회 복지 및 개발 분야, 환경 분야 등 다양한 부문으로 확대되어서 진행되어왔다. 이에 따라 지역 감시 및 위험 커뮤니케이션, 역량 구축 등 보건안보 관

런 다양한 메커니즘과 네트워크가 등장했다(Caballero-Anthony 2016).

이후 2010년 10차 회의에서는 다시 사스 이전, 즉 2000년 제5차 아세안보건장관회의에서 채택된 “건강한 아세안 2020(Healthy ASEAN 2020)”의 비전을 상기시켰다. 아세안 협력은 건강을 국민의 기본권으로 강조하면서 사회 정의와 형평성을 달성하기 위하여 노력한다는 점을 재확인했다. 그리고 이러한 관점은 2019년 14차 회의, “아세안 사람들의 건강 증진(Promoting Health of ASEAN People)”까지 지속되었다(ASEAN Secretariat 2012/08/13).

<표 6> 아세안의 보건협력(2004-2019): 보건장관회의 및 관련 체제를 중심으로

시기	보건협력 관련 의제, 제도, 프로그램
2004	7차 아세안보건장관회의, “Health Without Frontiers[국경 없는 건강]”(말레이시아 페낭(Penang), 4월 22일)
2004	ASEAN+3 Emerging Infectious Disease (EID) Programme[신종 감염병 프로그램] (2004-2008)
2004	ASEAN Highly Pathogenic Avian Influenza (HPAI) Task Force [고병원성 인플루엔자 태스크포스]
2006	8차 아세안보건장관회의, “ASEAN Unity in Health Emergencies[보건 비상사태에서 아세안 통합]”(미얀마 양곤(Yangon), 6월 21일)
2006	ASEAN Cooperation on Animal Health[동물 보건에 관한 아세안 협력]
2006	ASEAN Work Programme on HIV/AIDS III[3차 HIV/AIDS에 관한 아세안 업무 프로그램] (2006-2010)
2006	Regional Framework for Control and Eradication of HPAI[고병원성 조류 인플루엔자 제어 및 퇴치를 위한 지역 체제] (2006-2008)
2007	ASEAN Assessment of National Multi-Sectoral Pandemic Preparedness and Response [국가 다부문 팬데믹 준비 및 대응에 대한 아세안 평가] (2007-2010)
2008	9차 아세안보건장관회의, “Trade Liberalisation: Its Adverse Impact on our Borderless Health Problems[무역 자유화: 국경 없는 건강 문제에 관한 부정적 영향]”(필리핀 마닐라(Manila), 10월 10일)
2008	Regional Strategy for Progressive Eradication of HPAI[고병원성 조류 인플루엔자의 점진적 근절을 위한 지역 전략] (2008-2010)

시기	보건협력 관련 의제, 제도, 프로그램
2009	Memorandum of Understanding between ASEAN Secretariat and WHO [아세안 사무국과 세계보건기구 간 양해 각서]
2009	ASEAN Focal Points on Tobacco Control[담배 통제에 대한 아세안 초점]
2010	10차 아세안보건장관회의, “Healthy People, Healthy ASEAN[건강한 사람, 건강한 아세안]” (싱가포르(Singapore), 7월 22일)
2010	Disaster Safety of Health Facilities in the ASEAN Agreement on Disaster Management and Emergency Response (AADMER) Work Programme[재난 관리 및 비상 대응 작업 프로그램에 관한 아세안 협정에서 보건 시설의 재난 안전] (2010-2015)
2011	ASEAN Task Force on Traditional Medicine[전통 의학에 관한 아세안 태스크 포스]
2011	ASEAN Task Force on Maternal and Child Health[모자 보건에 관한 아세안 태스크 포스]
2011	ASEAN Task Force on Non-Communicable Diseases[비전염성 질병에 관한 아세안 태스크 포스]
2011	ASEAN Task Force on Mental Health[정신 건강에 관한 아세안 태스크 포스]
2011	ASEAN Work Programme on HIV/AIDS IV[4차 HIV/AIDS에 관한 아세안 작업 프로그램] (2011-2015)
2012	11차 아세안보건장관회의, “ASEAN Community 2015: Opportunities and Challenges to Health[아세안 공동체 2015: 건강에 관한 기회와 도전]” (태국 푸켓(Phuket), 7월 2일)
2012	ASEAN Risk Communication Resource Centre[아세안 위험 커뮤니케이션 자원 센터]
2013	First ASEAN Regional Forum on Non-Communicable Diseases (NCDs)[비전염성 질병에 관한 첫 번째 아세안 지역 포럼]
2014	12차 아세안보건장관회의, “A Healthy, Caring, and Sustainable ASEAN Community[건강하고, 배려하며, 지속가능한 아세안 공동체]” (베트남 하노이(Hanoi), 9월 18일)
2014	ASEAN Risk Assessment Centre for Food Safety[식품 안전을 위한 아세안 위험 평가 센터]
2015	ASEAN Rabies Elimination Strategy[아세안 광견병 퇴치 전략]
2016	ASEAN Post-2015 Health Development Agenda[2015년 이후 아세안 건강 개발 아젠다] (2016-2020)

시기	보건협력 관련 의제, 제도, 프로그램
2017	13차 아세안보건장관회의, “Together Towards A Healthy ASEAN[건강한 아세안을 향하여 함께]” (브루나이 반다르 세리 베가완(Bandar Sari Begawan), 9월 6일)
2019	14차 아세안보건장관회의, “Promoting Health of ASEAN People[아세안 사람들의 건강 증진]” (캄보디아 시엠립(Siem Reap), 8월 29일)

출처: Caballero-Anthony(2018:, 607) 및 ASEAN Secretariat 자료 종합.

V. 결론과 함의: 코로나19 팬데믹(COVID-19 Pandemic) 시기 지역협력의 양상과 과제

2020년 4월 7일에 아세안 보건장관회의가 화상으로 개최되었다. 회원국들이 코로나19 팬데믹의 확산을 통제하고 그 영향을 완화하기 위한 조치로서 다양한 이해관계자들과의 지역협력을 강화하기 위한 것이었다. 주요 내용은 다음과 같다. ① 잘못된 정보와 가짜 뉴스를 방지하기 위하여 지역협력을 강화하고, ② 공개적(open)이고, 즉각적(real-time)이며, 투명한(transparent) 방식으로 정보 공유 및 연구 지속하고, ③ 국경 간 보건 대응 협조, 효율적인 정보 교환을 위한 디지털 기술 및 인공지능 이용의 확대하며, ④ 아세안의 준비, 감시, 예방, 발견(검출), 대응 메커니즘을 다른 파트너들과 함께 강화 및 제도화하는 것이다(ASEAN Secretariat 2020/04/17).

그리고 4월 14일에 아세안 지도자들은 코로나19에 관한 아세안 특별 정상회의 선언(Declaration of the Special ASEAN Summit on Covid-19)을 채택했다. 아세안 의장국을 맡고 있는 베트남의 응우옌쑤언푹(Nguyen Xuan Phuc) 총리는 “암울한 시기에 아세안 공동체의 연대가 어둠 속의 등불처럼 빛난다.”라고 발표했다. 그리고 이러한 정서를 반영하여 아세안은 집단주의를 강화하며 코로나19에 대응하기로 합의했

다. 캄보디아의 훈센 총리는 “이 질병의 격리는 한 국가 내에서 이루어질 수 없다. 코로나19 퇴치의 성공을 위해서는 분야 전반에 걸쳐 심층적이고 포괄적인 협력이 필요하다. 아세안이 코로나19 퇴치를 위하여 단결해야 한다.”는 점을 강조했다(The Diplomat 2020/04/14). 선언문에는 다음과 같은 세부 사항이 포함되어 있다. 아세안은 공중 보건 조치뿐만 아니라 의약품, 의료 용품, 그리고 장비의 제공에 관한 협력을 강화하기로 약속했다. 그리고 사회안전망, 식량 안보, 그리고 경제 회복을 위한 계획 역시 포함되었다. 즉, 회원국은 코로나19와의 싸움에서 협력이 시급하다는 점을 인식했고 이에 따라 건강 협력 조치를 강화하고 정보를 공유하며 공급망을 개방해야 한다는 논의를 진행했다(ASEAN Secretariat 2020/04/14).

그리고 보건 분야의 발전에 관한 고위관료급회의(SOMHD)는 팬데믹 위기에 대응하기 위하여 다양한 메커니즘을 동원했다. 중국 보건당국이 질병에 대한 첫 번째 정보를 공유한 이후 말레이시아가 이끄는 아세안 공중보건위기에 관한 비상운영센터 네트워크(ASEAN Emergency Operations Centre (EOC) Network for public health emergencies)는 아세안 사무국의 지원으로 매일 상황에 대한 업데이트를 공유했다. 필리핀이 주도하는 빅 데이터 분석 및 시각화를 위한 아세안 바이오 디아스포라 가상 센터(ASEAN BioDiaspora Regional Virtual Centre (ABVC))는 국가 위험 평가, 준비 그리고 대응 계획 노력 등을 보완한다. 코로나 바이러스의 상황 개괄, 아세안 지역에서 바이러스의 잠재적 확산에 대한 위험 프로파일, 입국/출국 지점에서 바이러스의 유입에 대한 경감 조치의 필요성 등에 관한 보고서(Risk Assessment for International Dissemination of 2019-nCoV across ASEAN Region)를 발간했다. 그리고 아세안 회원국들은 태국이 주도하는 지역보건소실 협실네트워크(Regional Public Health Laboratories Network)를 통해

실험실 준비 및 대응 조치를 교환했다. 소셜 미디어에서 배포되는 거짓 뉴스 및 정보에 대한 대처를 포함하여 예방 및 통제 조치를 전파하기 위한 국가 위험 커뮤니케이션 행동은 말레이시아가 주최하는 아세안 위험 평가 및 위험 커뮤니케이션 센터(ASEAN Risk Assessment and Risk Communication Centre)의 준비 및 역량 구축 프로그램의 혜택을 받았다(OECD 2020/05/04).

하지만, 코로나19 사태에 대한 아세안의 지역 수준에서의 실질적인 대응은 선언문의 내용과 일정한 차이가 있다. 그 이유는 다음과 같다. 첫째, 코로나19 발생 초기에 지역 수준에서의 대응은 일관성이 결여되어 있었다. 예를 들면, 아세안은 기존 지역협력의 제도화를 기반으로 대응할 수 있는 체계가 있었음에도 불구하고 발병 초기에 동일한 수준에서 위협 평가 및 정보 공유가 적절하게 이루어지지 않았다. 3월에 바이러스가 확산되어 급증하자 결국 폐쇄와 같은 비상조치가 이루어졌다. 둘째, 앞서 언급했듯이 아세안 특별정상회의 선언 및 보건장관 회의 등 아세안 회원국 간의 위기 대응 및 지역 통합을 위한 대화는 있었지만 그 실질적인 대응과 협력은 자국을 보호하기 위한 측면에서 이루어졌다. 사스 사태 이후 제도화된 지역 보건협력을 통해 적극적으로 대응하기보다는 국경 폐쇄를 비롯한 민족주의적인 측면에서 바이러스의 유입과 확산을 차단하는 조치를 이행했다.

결국 아세안의 보건협력은 국가적 행동을 대체하는 것이 아닌 보완하는 측면에서 이루어지고 있는 것으로 이해할 수 있다. 아세안 회원국들이 다양성을 보유하고 있는 만큼 통합된(unified) 수준에서의 지역협력과 그 역할을 기대하는 것은 비현실적일 수 있다(Demetriadi 2020). 그럼에도 불구하고 사스 사태 이후 제도화된 지역협력의 프레임워크가 적절하게 조정된(coordinated) 방식으로 활용되지 못했다는 점에서 감염병 위기에 대한 아세안의 보건협력은 여전히 한계가 있다. 그리고 이러한 한계는 한국과 아세안 개별 회원국 간의 양자 협력이 더욱 필요

하다는 점을 시사한다.

한편, 아세안이 당면한 보건협력 과제는 다음과 같다. 보다 확장되는 지역 및 글로벌 건강 의제는 아세안이 감염병에 대한 대응뿐만 아니라 건강에 대한 보다 포괄적인 접근, 즉 인간 안보의 측면에서 건강을 고려하는 것을 강요하고 있다.⁵⁾ 따라서 아세안은 감염병뿐만 아니라 비전염성 만성 질환을 해결하고 보다 기후 변화 관련 문제 등 포괄적인 보건안보를 달성하기 위하여 공중 보건 시스템 역량 구축 및 강화에 노력을 기울여야 할 것이다. 이러한 작업은 국가에만 국한되지 않고 비국가 행위자와 민간 부문의 자원을 활용할 수 있어야 할 것이다. 즉, 제도적 차원에서 볼 때 현재의 보건장관급 회의 수준을 넘어서 정부, 학술 단체, 보건의료 기업, 관련 NGO 등 다양한 행위자가 참여 역시 제도화되어야 할 것이다.

아세안의 보건협력에 대한 또 다른 장애 요소 중 하나는 아세안 회원국들이 WHO 동남아시아지역사무소(SEARO)와 WHO 서태평양지역사무소(WPRO)로 분할되어 있다는 점이다. 그리고 아세안과 WHO 지부 간 장기적인 협력 메커니즘이 부재하다. 이러한 구분은 국가보다 선행하는 역사 및 지리적 관계의 맥락이 반영되어 있다. 두 기관 간에 지속적인 지식 공유와 기술 자원 그리고 전문 지식을 효과적으로 사용하여 상호 보완적인 제도화된 협력의 혜택을 누릴 수 있지만 연속적이고 구조화된 대화에 적합한 환경을 제공하지 못한다. 동아시아, 남아시아 등 지역을 중심으로 경제적, 정치적, 역학적 중요성이 커지고 있는 시

5) 2015년 이후 아세안 보건 개발 의제(ASEAN Post-2015 Health Development Agenda, 이하 APHDA)를 위하여 4개의 아세안 보건 클러스터가 만들어졌다. ① 건강한 생활 방식 증진(Promoting Healthy Lifestyle), ② 모든 위험과 새로운 위협에 대한 대응(Responding to All Hazards and Emerging Threats), ③ 보건 시스템 및 치료 접근성 강화(Strengthening Health Systems and Access to Care), ④ 식품 안전 보장(Ensuring Food Safety)이다. 작업 프로그램에 따라, 각 보건 클러스터는 선택된 보건 우선순위 이슈에서 지역 프로그램, 프로젝트, 그리고 이니셔티브를 확인하고 이행하는 데 있어서 전략적 리더십을 제공한다(ASEAN Secretariat, "Overview").

점에서 이를 재검토할 필요가 있다.

투 고 일: 2020년 7월 19일

심 사 완 료 일: 2020년 8월 24일

게 재 확 정 일: 2020년 8월 24일

참고문헌

- 김우주. 2009. “신종인플루엔자 A (H1N1) 대유행의 전망과 대책.” 『대한 내과학회지』 77(2): 139-142.
- _____. 2020. 『신종 바이러스의 습격: 신종플루, 메르스, 코로나19, 우리는 새로운 감염병과 어떻게 싸워야 하는가』. 반니.
- 김희숙·김다혜·김현경·양영란·유민지·전제성. 2020. “코로나19에 맞선 동남아의 대응: 초기 대처과정의 잠정적 함의.” 『아시아연구』 23(2): 75-116.
- 메릴린 루싱크. 강영옥 옮김. 2019[2016]. 『바이러스: 우리가 알아야 할 지구의 숨은 권력자, 101가지 바이러스에 관한 모든 것』. 더숲.
- 민병원·진경인. 2014. “글로벌 보건거버넌스와 국제협력 메커니즘의 변화: 국제보건규칙 개정 사례를 중심으로.” 『국제·지역연구』 23(4): 103-138.
- 백용훈. 2020. “[전문가 오피니언] 보편적 건강보장을 향한 신남방정책과 한-아세안 협력의 과제.” KIEP EMERiCs.
https://www.emerics.org/446/issueDetail.es?brdctsNo=305644&mid=a10200000000&&search_option=&search_keyword=&search_year=&search_month=&search_tagkeyword=&systemcode=03&search_region=&search_area=¤tPage=1&pageCnt=10 (검색일: 2020.07.16.).

- 변창구. 1999. 『아세안과 동남아 국제정치』. 서울: 대왕사.
- _____. 2011. “ASEAN의 인권문제와 내정불간섭원칙의 딜레마.” 『국제정치연구』 14(2): 1-20.
- 신상범. 2017. “글로벌 보건과 국제정치학: 연구 성과와 향후 과제.” 『국제정치논총』 57(3): 87-132.
- 연합뉴스. 2010/10/17. “‘전염병’ 대신 ‘감염병’으로 용어 변경.”
<https://www.yna.co.kr/view/AKR20101015195700017> (검색일: 2020.07.10.).
- _____. 2020/06/01. “코로나19 바이러스는 박쥐·천산갑 코로나바이러스의 잡종”
<https://www.yna.co.kr/view/AKR20200601030900017> (검색일: 2020.07.10.).
- 이상환. 2008. “전염병과 인간안보, 그리고 국가안보.” 『국제지역연구』 12(3): 229-246.
- _____. 2009. “갈등과 협력의 국제 보건 관계: 최근 전염병 사례에 대한 국제사회의 초기 대응을 중심으로.” 『정치정보연구』 12(2): 서울: 한국정치·정보학회.
- _____. 2011. “세계화 시대의 동아시아 전염병 확산과 보건협력에 대한 경험적 연구: 세계화, 민주화, 소득양극화, 전염병확산, 보건협력의 상관관계에 대한 분석을 중심으로.” 『국가안보와 전략』 11(3): 215-247.
- _____. 2020. “감염병의 국제관계: 21세기 국제사회의 보건 갈등과 협력.” 『JPI 정책포럼』 2: 1-26.
- 이효원·이수지·조화순. 2019. “보건안보에 영향을 미치는 정치적 요인분석.” 『동서연구』 31(2): 169-196.
- 정혜주. 2016. “보건안보와 글로벌 거버넌스.” 김상배 편. 『신흥안보의 미래전략』. 서울: 사회평론.
- 조한승. 2018. “동아시아 보건안보의 쟁점과 협력.” 『한국동북아논총』 23(4): 5-28.
- 최은경·이종구. 2016. “2000년대 글로벌 전염병 거버넌스의 변화: 글로벌

보건 안보의 대두와 국내 전염병 관리 체계의 변화.” *Korean J Med Hist* 25(3): 489-513.

현정희. 2017. “신종감염병 유행과 감염병 위기대응체계 구축.” 한국건강증진개발원 Weekly Issue 제021호(2017-21).

https://khealth.or.kr/fileDownload?fileGubun=site&menuId=publishMgr&userFileName=Weekly%20Issue_%ED%86%B5%EA%B6%8C21%ED%98%B8.pdf&systemFileName=20172124153618498.pdf (검색일: 2020.08.12.).

Arnold, D. 1991. “The Indian Ocean as a Disease Zone, 1500-1950.” *South Asia: Journal of South Asian Studies* 14: 1-21.

ASEAN Biodiaspora Virtual Center (ABVC)(2020/07/03). “Risk Assessment for International Dissemination of COVID-19 to the ASEAN Region(2020/07/15).”

https://asean.org/storage/2020/02/COVID-19_Report-of-ASEAN-BioDiaspora-Regional-Virtual-Center_15July2020.pdf (검색일: 2020.07.15.).

ASEAN Secretariat. “Overview.”

<https://asean.org/asean-socio-cultural/asean-health-ministers-meeting-ahmm/overview-2/> (검색일: 2020.07.17.).

_____. 2004/04/22. “Declaration of The 7th ASEAN Health Ministers Meeting, Health Without Frontiers, Penang, Malaysia.”

<https://asean.org/declaration-of-the-7th-asean-health-ministers-meeting-health-without-frontiers-penang-malaysia/> (검색일: 2020.07.17.).

_____. 2006/04/01. “ASEAN Response to Combat Avian Influenza by ASEAN Secretariat.”

https://asean.org/?static_post=asean-response-to-combat-avian-influenza-by-asean-secretariat-3 (검색일: 2020.07.17.).

_____. 2006/06/21. “Declaration of The 8th ASEAN Health Ministers Meeting, ASEAN Unity in Health Emergencies, 21 June

2006, Yangon).”

<https://www.asean.org/wp-content/uploads/images/archive/18494.pdf> (검색일: 2020.07.17.).

_____. 2008/10/10. “Press Release - Third ASEAN Plus Three Health Ministers Meeting Manila.”

<https://asean.org/press-release-third-asean-plus-three-health-ministers-meeting-manila/> (검색일: 2020.08.17.).

_____. 2010/12/19. “Declaration The ASEAN Health Ministers on Collaboration on Health Manila, 24 July 1980.”

<https://asean.org/declaration-the-asean-health-ministers-on-collaboration-on-health-manila-24-july-1980/> (검색일: 2020.07.17.).

_____. 2012/05/11. “Press Statement by The Chairperson of The 9th ASEAN Summit and The 7th ASEAN + 3 Summit Bali, Indonesia, 7 October 2003.”

https://asean.org/?static_post=press-statement-by-the-chairperson-of-the-9th-asean-summit-and-the-7th-asean-3-summit-bali-indonesia-7-october-2003 (검색일: 2020.07.17.).

_____. 2012/08/13a. “Joint Statement of the 4th ASEAN+3 Health Ministers Meeting Singapore, 23 July 2010.”

https://asean.org/?static_post=joint-statement-of-the-4th-asean3-health-ministers-meeting-singapore-23-july-2010 (검색일: 2020.07.17.).

_____. 2012/08/13b. “Joint Statement of the 10th ASEAN Health Ministers Meeting Singapore, 22 July 2010.”

https://asean.org/?static_post=joint-statement-of-the-10th-asean-health-ministers (검색일: 2020.08.14.).

_____. 2012/08/16. “Declaration of the 5th ASEAN Health Ministers Meeting on Healthy ASEAN 2020 28-29 April 2000 Yogyakarta, Indonesia.”

https://asean.org/?static_post=declaration-of-the-5th-asean-health-ministers-meeting-on-healthy-asean-2020-28-29-april-2000-yogyakarta-indonesia (검색일: 2020.07.17.).

_____. 2020/04/14. “Declaration of the Special ASEAN Summit on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)”

[https://asean.org/declaration-special-asean-summit-coronavirus-disease-2019-covid-19/#:~:text=\(COVID%2D19\)-,Declaration%20of%20the%20Special%20ASEAN%20Summit%20on%20Coronavirus%20Disease%202019,Summit%20was%20chaired%20by%20H.E.](https://asean.org/declaration-special-asean-summit-coronavirus-disease-2019-covid-19/#:~:text=(COVID%2D19)-,Declaration%20of%20the%20Special%20ASEAN%20Summit%20on%20Coronavirus%20Disease%202019,Summit%20was%20chaired%20by%20H.E.)(검색일: 2020.08.18.).

_____. 2020/04/17. “ASEAN Health Ministers enhance cooperation in fighting COVID-19 pandemic.”

<https://asean.org/asean-health-ministers-enhance-cooperation-fighting-covid-19-pandemic/> (검색일: 2020.07.17.).

BBC News. 2020/06/10. “코로나19는 '마지막 팬데믹'이 아니다.”

<https://www.bbc.com/korean/international-52973778> (검색일: 2020.07.12.).

Caballero-Anthony, Mely. 2005. “SARS in Asia: Crisis, Vulnerabilities, and Regional Responses.” *Asian Survey* 45(3): 475-495.

_____. 2008. “Non-traditional security and infectious diseases in ASEAN: going beyond the rhetoric of securitization to deeper institutionalization.” *The Pacific Review* 21(4): 507-525.

_____. 2018. “Health and Human Security Challenges in Asia: New Agendas for Strengthening Regional Health Governance.” *Australian Journal of International Affairs* 72(6): 602-616.

CDC(Centers for Disease) Control and Prevention. 2014/03/20. “Nipah Virus (NiV).”

<https://www.cdc.gov/vhf/nipah/index.html> (검색일: 2020.08.14.).

Dengue Virus Net. “Dengue Epidemiology,”

- <http://www.denguevirusnet.com/epidemiology.html> (검색일: 2020.08.14.).
- Djalante, Riyanti, Jonatan A. Lassa, Laely Nurhidayah, and Hoang Van Minh. 2020. “The ASEAN’s responses to COVID-19: A Policy sciences analysis.”
https://www.researchgate.net/publication/341111475_The_ASEAN%27s_responses_to_COVID-19_A_policy_sciences_analysis?enrichId=rgreq-260fd2762e262b721305c739de289de0-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzM0MTExMTQ3NTtBUzo4OTA1NDc0OTM0MTI4NjVAMTU4OTMzNDQ3NjY3Nw%3D%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf (검색일: 2020.08.16.).
- Fieler, David P. 2003. “Public Health and National Security in the Global Age: Infectious Diseases, Bioterrorism, and Realpolitik.”
<https://www.repository.law.indiana.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1418&context=facpub&httpsredir=1&referer=> (검색일: 2020.07.10.).
- Gostin, Larry O. and Lawrence O. Gostin. 2000. *Public Health Law: Power, Duty, Restraint*. University of California Press.
- Gupta, Indrani and Pradeep Guin. 2010. “Communicable diseases in the South-East Asia Region of the World Health Organization: Towards a more effective response.” *Bulletin of the World Health Organisation* 88(3):199-205.
- Harper, Tim. and Sunil S. Amrith. 2014. *Histories of Health in Southeast Asia: Perspectives on the Long Twentieth Century*. Indiana University Press.
- Hau Dinh and Jim Gomez. 2020. “ASEAN Leaders Hold Virtual Summit Amid COVID-19 Pandemic.” *The Diplomat*. April 14.
<https://thediplomat.com/2020/04/asean-leaders-hold-virtual-summit-amid-covid-19-pandemic/> (검색일: 2020.08.14.).
- Kumaresan, Jacob and Suvi Huikuri. 2015. “Strengthening Regional Cooperation, Coordination, and Response to Health Concerns in

- the ASEAN Region: Status, Challenges, and Ways Forward.” ERIA Discussion Paper Series ERIA-DP-2015-60.
<https://www.eria.org/ERIA-DP-2015-60.pdf> (검색일: 2020.08.03.).
- Labonte, Ronald and Michelle I. Gagnon. 2010. “Framing Health and Foreign Policy: Lessons for Global Health Diplomacy.” *Globalisation and Health* 6 (14): 2010.
<https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-8603-6-14>.
- Lam, Tommy Tsan-Yuk, Na Jia, Ya-Wei Zhang, Marcus Ho-Hin Shum, Jia-Fu Jiang, Hua-Chen Zhu, Yi-Gang Tong, Yong-Xia Shi, Xue-Bing Ni, Yun-Shi Liao, Wen-Juan Li, Bao-Gui Jiang, Wei Wei, Ting-Ting Yuan, Kui Zheng, Xiao-Ming Cui, Jie Li, Guang-Qian Pei, Xin Qiang, William Yiu-Man Cheung, Lian-Feng Li, Fang-Fang Sun, Si Qin, Ji-Cheng Huang, Gabriel M. Leung, Edward C. Holmes, Yan-Ling Hu, Yi Guan & Wu-Chun Cao. “Identifying SARS-CoV-2-related coronaviruses in Malayan pangolins.” *Nature* 583: 282 – 285.
- Lamy, Marie and Kai Hong Phua. 2012. “Southeast Asian Cooperation in Health: A Comparative Perspective on Regional Health Governance in ASEAN and the EU.” *Asia Europe Journal* 10(4): 1-19.
- OECD. 2020/05/04. “COVID-19 crisis response in ASEAN Member States.”
<http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/covid-19-crisis-response-in-asean-member-states-02f828a2/> (검색일: 2020.08.16.).
- OECD and World Health Organization. 2018. *Health at a Glance: Asia/Pacific 2018*, OECD Publishing.
<https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-asia-pacific-23054964.htm> (검색일: 2020.07.02.).
- Price-Smith, Andrew T. 2002. *The Health of Nations: Infectious Disease*,

Environmental Change, and Their Effects on National Security and Development. The MIT Press.

- Pulmanausahakul, Rojjanaporn, Sittiruk Roytrakul, Prasert Auewarakul, and Duncan R. Smith. 2011. “Chikungunya in Southeast Asia: understanding the emergence and finding solutions.” *International Journal of Infectious Diseases* 15(1): e671-e676.
- Rushton, S. 2010. “Framing Aids: Securitisation, Development-ization, Rights-ization.” *Global Health Governance* 4(1).
- Stevenson, Michael and Andrew Cooper. 2009. “Overcoming Constraints of State Sovereignty: Global Health Governance in Asia.” *Third World Quarterly* 30 (7): 1379 - 1394.
- Walker, Kirsty. 2014. “3. The Influenza Pandemic of 1918 in Southeast Asia.” Tim Harper and Sunil S. Amrith, eds. *Histories of Health in Southeast Asia: Perspectives on the Long Twentieth Century.* Indiana University Press.
- WHO. 2018. “A Healthier South-East Asia 70 Years of WHO in the Region.” <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274297> (검색일: 2020.08.17.).
- Wilson, Mary. 2014. “8. Epidemic Disease in Modern and Contemporary Southeast Asia.” Tim Harper and Sunil S. Amrith eds. *Histories of Health in Southeast Asia Perspectives on the Long Twentieth Century.* Indiana University Press.
- Woodward D, Drager N, Beaglehole R, Lipson D. 2001. “Globalisation and Health: A Framework for analysis and action.” *WHO Bulletin* 19(9): 87-88.

Abstract

Communicable and Infectious Diseases, Health Security and ASEAN's Health Cooperation

BEAK, Yong-Hun
Institute for East Asian Studies at Sogang University

This paper focuses on the health cooperation of the Association of Southeast Asian Nations(ASEAN). The purpose of this paper is to understand how member states have responded to health issues since ASEAN was founded in 1967 and how the regional cooperation has progressed. In addition, I would like to review the achievements and limitations of this regional level of cooperation in the progress of responding to COVID-19 and what will be the future challenges. Since the 2000s, ASEAN's health cooperation has begun actively institutionalizing regional frameworks for the prevention and control of infectious diseases such as HIV/AIDS, SARS, bird flu, and influenza A. The success of the institutionalization of collective response and regional health cooperation was due to the recognition of health as matter of "national security". In the process of responding to COVID-19, ASEAN leaders agreed to further strengthen collective responses through national solidarity and regional cooperation. However, the pattern of its practical response was implemented according to border

closures, nationalism, and the health capabilities of individual states.

Keywords: ASEAN, Health, Cooperation, COVID-19, Communicable Diseases, Infectious Diseases, Epidemics, Health Security

