



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

이화여자대학교 대학원

2018학년도

박사학위 청구논문

중층적 건강 개념과 보건의료자원에
관한 연구
: 너스바움의 핵심인간역량 목록을 중심으로

생명윤리정책협동과정

이 미 경

2019

중층적 건강 개념과 보건의료자원에
관한 연구
: 너스바움의 핵심인간역량 목록을 중심으로

이 논문을 박사학위 논문으로 제출함

2019 년 6월

이화여자대학교 대학원

생명윤리정책협동과정 이 미 경

이 미 경 의 박사학위 논문을 인준함

지 도 교 수 허 라 금 _____

심 사 위 원 최 경 석 _____

권 복 규 _____

김 양 희 _____

목 광 수 _____

허 라 금 _____

이화여자대학교 대학원

목 차

I. 서론	1
1. 문제의 제기	1
2. 연구의 목적	6
II. 건강 개념의 정립	11
1. 건강 개념 정립의 필요성	11
2. 협의의 건강 개념 : 부어즈(Boorse)의 ‘질병의 부재로서의 건강’ ...	14
3. 건강 패러다임의 변화: 노르덴펠트(Nordenfelt)의 ‘목표를 달성하는 능력으로서의 건강’	21
4. ‘목표를 달성하는 능력으로서의 건강’ 개념에 대한 비판	28
5. 소결: 중층(重層)적 개념으로서의 건강	32
III. 벤카타푸람(Venkatapuram)의 ‘메타 역량’ 으로서의 건강	35
1. ‘메타 역량’ 으로서의 건강	35
(1) 능력으로서의 건강 개념에 대한 비판	35
(2) 보편적이면서도 구체적인 내용을 지닌 건강 개념	43
2. ‘메타 역량’ 으로서의 건강 개념에 대한 비판	53
(1) 구체화의 실패	55
(2) 다른 역량 목록과의 관계에서의 차별성 문제	58
3. 벤카타푸람의 건강 개념의 의의	61
IV. 너스바움(Nussbaum)의 ‘핵심인간역량 목록’ 에 따른 건강 개념	64
1. 역량 접근법에 관한 개괄	64
(1) 역량이란 무엇인가?	67
(2) 센(Sen)의 역량 접근법	70

(3) 너스바움(Nussbaum)의 역량 접근법	74
(4) 건강 개념에 너스바움의 역량 이론이 적용되어야 하는 이유	78
2. 너스바움의 핵심인간역량 목록에 따른 건강 개념	80
(1) 협의의 건강 역량(내적 건강 역량)으로서의 ‘신체 건강’	80
(2) 광의의 건강 역량(결합 건강 역량)	83
3. 소결: 너스바움의 핵심인간역량 목록에 따른 중층적, 복수적 개념으로 서의 건강 역량의 의의	87
V. 중층적 건강 역량 개념에 따라 달라지는 보건의료자원	89
1. ‘난임’ 여성의 맥락에서 본 건강 역량과 그에 따른 보건의료자원의 범위	91
(1) 건강 역량의 요소로서의 재생산과 난임	91
(2) ‘재생산 기술’ (Reproductive Technologies)의 발달과 사회적 건강으 로서의 재생산	94
(3) 중층적 건강 역량의 내용으로서의 재생산 개념에 따른 보건의료자원 범위의 확대	97
2. 보건의료자원 접근성 사례	98
(1) 교통 서비스의 제공	100
(2) 재가 환자에 대한 방문 진료 간병	101
(3) 원격 진료 사례	104
3. 중층적 건강 역량 개념에 따른 보건의료자원의 범위	105
VI. 결론	107
참고문헌	110
ABSTRACT	120

그림 목 차

[그림 1]	16
--------------	----

논 문 개 요

현대 사회에서는 의생명과학기술이 발달하여 치료법이 발견되면서, 과거에는 치료가 불가능했던(불치) 것으로 여겨지던 질병이나 장애의 치료 가능성이 열리고, 그러한 질병이나 장애를 겪고 있는 환자들에게는 그 치료법을 이용할 기회가 주어진다면 생존뿐만 아니라 삶의 질까지 담보할 수 있게 되었다.

한편 현실에서는 인간으로서 누려야 할 존엄성을 위해 최소한의 건강과 같은 목표치를 추구하더라도 서로 다른 사회조건들, 인종, 젠더, 국적 등에 의해 그 목표에 도달하기 위해 필요한 자원은 사람에 따라 달리 분포할 수 있고 이로 인해 불평등이 발생한다. 어떤 이들은 그 목표에 도달하기 쉽도록 해주는 풍요로운 자원과 기회를 누린다면, 우리 사회의 주변부에 놓인 이들은 그러한 목표에 필요한 최소한의 자원조차 제대로 향유하지 못하기도 한다. 이러한 보건의료 영역에서의 불평등을 해결하기 위해서, ‘보건의료서비스를 어떻게 배분할 것인가’라는 관한 논의가 진행되어왔다.

그런데 이들은 누구나 원하는 건강을 위해 사회가 공적으로 지원해야 할 자원이 무엇이며, 그것의 공정한 배분의 기준이 무엇인지를 논하는데 집중할 뿐, 그 논의의 핵심 개념인 ‘건강’이 무엇인지에 대해서는 충분히 논의하지 않은 채로 이를 전제한 상태에서 자신들의 논의를 전개하고 있는 것처럼 보인다. 이들 논의에서 ‘건강’은 전제되어야 할 개념이 아니라 논쟁적인 주제임이 분명하다. 고령화나 난치병으로 인하여 건강하지 않은 상태의 이들이 도달해야 하는 목표는 바로 ‘건강’인데 이것이 무엇이나에 따라 그 목표를 실질적으로 달성하기 위해 필요한 방법이나 자원의 내용이 달라지기 때문이다.

이때 그러한 목표치로서의 ‘건강’에 도달하기 위해서는 보건의료자원이 요구되며 그것도 실질적으로 제공될 수 있어야 한다. 그러므로 건강 개념만큼이나 중요하게 논쟁해야 하는 것이 보건의료자원의 개념과 범위이다. 더욱이 건강 개념이 좁게 해석된다면 그만큼 요구되는 보건의료자원의 범위도 좋게 해석되며

인간 행복의 전제 조건으로서 넓게 해석되는 건강개념은 보건의료자원을 넘어서는 자원의 개념 역시 포괄하게 될 것이다. 특히나 현대 사회는 단순히 질병의 치료뿐만 아니라 삶의 질을 중시하게 되면서 보건의료자원과 (사회)복지자원의 경계 역시 불분명해지고 있기 때문에 ‘건강’ 개념이 어떻게 규정되고 그에 따라서 보건의료자원에 대한 접근은 어떻게 달라지는지 규명할 필요가 있다.

이 연구는 그와 같은 문제의식에서부터 출발하여 보건의료자원을 논하기에 앞서 그 내용과 범위의 전제가 되는 근본적인 ‘건강’ 개념을 어떻게 구성할 것인지에 대해 탐구하고 그에 따라서 보건의료자원의 내용이 어떻게 달라질 수 있는지를 최근 현실에서 벌어지고 있는 사례들을 통해 살펴본다.

먼저 1970년대 이후 서구에서 현재까지 진행 중인 ‘건강’의 개념에 대한 ‘자연주의’(협의)와 ‘규범주의’(광의)의 논쟁을 살펴보면서 ‘건강’ 개념은 단순히 협의의 개념이나 광의의 개념이나의 이분법적 논쟁이 아니라 그 개념이 요구되는 다양한 맥락에 따라서 다른 층위를 지니는 중층적 의미로서 파악되어야 한다고 보았다.

이어서 구체적으로 중층적인 개념으로서의 ‘건강’을 설명하기 위해서 벤카타푸람의 ‘메타 역량으로서의 건강’ 개념에 주목하였다. 그러나 건강을 ‘메타 역량’으로 설정할 경우에도 여전히 다른 역량보다 건강이 더 중요한 전제조건이 되는지에 관해서 만족스러운 근거가 제시되지 않았다.

그러므로 이 연구에서는 ‘건강’을 여전히 너스바움의 핵심인간역량 목록에 따라서 역량 개념으로 파악하되, 협의의 ‘신체적 건강’ 개념은 내적 역량으로, 광의의 ‘삶의 목표의 전제조건으로서의 건강’ 개념은 결합 역량으로 나누어 설명할 것을 제안하였으며 보건의료자원을 이러한 중층적 구조의 역량으로 파악된 건강 개념에 따라 기존과 달리 접근될 수 있음을 현실 사례를 통해 보이고자 하였다.

이를 통해서 오늘날 건강 개념이 확장되면서 그것을 달성하기 위해 보건의료자원의 범위가 그 자체로도 확장되지만 구성요소들이 결합하여 보건의료자원의 내용을 바라보는 새로운 시각을 제시하였다.

이 연구에서는 제시한 중층적 역량 건강 개념에 따라 보건의료자원의 의미가

새롭게 이해될 수 있다면, 기존 우리가 익숙해 있던 협의의 건강 개념과 함께 가는 협의의 의료자원의 범위를 넘어서 사유할 수 있는 가능성을 열수 있을 것이라는 점이 강조될 수 있을 것이다. 이런 사유의 가능성은 더 나아가 무엇이 보건의료정의인가라는 근본적인 질문을 시사하는 바가 있을 것이라 기대한다. 건강 개념과 보건의료자원의 내용과 범위가 중층적으로 접근될 때, 중층적 역량의 보건의료정의의 정책의 범위 또한 달라질 수 있을 것이기 때문이다.

주요어: 보건의료정의, 건강 개념, 부어즈, 노르덴펠트, 벤카타푸람, 역량 접근법, 역량, 건강 역량, 내적 건강 역량, 결합 건강 역량, 중층적 역량으로서의 건강, 보건의료자원

I. 서론

1. 문제의 제기

현대과학기술의 발달¹⁾은 인류가 과거와는 전혀 다른 삶의 질을 누릴 수 있게 해주었다. 이 중에서도 ‘의생명과학기술’(biomedical sciences and technologies)과 ‘보건의료’(health care)²⁾ 분야에서의 괄목한 발전으로 인해 인류의 건강은 증진되고 평균 수명³⁾ 또한 급격히 증가하였다. 페니실린과 같은 항생물질의 발견과 같은 의생명과학기술의 성과는 근·현대 이전에는 주된 사망 원인이었던 감염질환의 치료를 가능케 하였다. 또한 의생명과학기술의 발전은 보건영역에서의 위생과 면역에 대한 관심의 중요성에 과학적인 근거를 제시함으

- 1) 특히 지난 20세기는 교통, 통신, 의생명과학 등 과학기술 전 분야의 각 영역에서 놀라운 발전이 일어났다면 21세기 이후에는 이들 각 영역이 서로 밀접한 영향을 미치거나 심지어 융합하는 방향으로 더 빠른 속도로 발전하고 있다.
- 2) 영어로 healthcare는 보건의료, 의료로 번역되며 또한 건강을 뜻하는 health가 보건의료서비스를 뜻하는 healthcare service에서 healthcare의 줄임말로 쓰여 health service라는 용어가 쓰이기도 한다. 이 논문에서는 healthcare를 보건의료로 사용하기로 한다. 이때 ‘보건의료’는 “자격을 갖춘 전문가(qualified professionals)가 건강을 회복하거나(약을 처방하는 방식 등으로) 건강에 대한 손상을 예방하는(안전한 성행위를 위한 수단 제공, 제2형 당뇨병에 걸릴 위험성이 있는 사람들에게 식단에 대한 조언을 함으로써) 목적으로 행하는 개입”(J. Wilson, "Not so special after all? Daniels and the social determinants of health," *Journal of Medical Ethics*, vol. 35, no. 1, 2009, p.3) 내지 “질병의 예방과 치유를 통해 건강을 지키려는 일체의 행위”(이경록, 『고려시대 의료의 형성과 발전』, 혜안, 2010, p.1)로 파악된다. 그러므로 ‘보건의료’는 건강을 회복(치유), 유지하거나 이것이 손상되는 것을 예방, 보호하기 위해 필요한 모든 제반행위라고 규정할 수 있을 것이다. 그러나 이때의 ‘건강’이 목표하는 내용과 범위에 따라 ‘보건의료’의 내용도 달라질 수밖에 없음을 인식하는 것이 중요하다.
- 3) 특히 평균수명은 20세기에 미국에서는 49.2세에서 76.5세로 27년 이상 증가하였다(Bernard Guyer, Mary Anne Freedman, Donna M. Strobino, and Edward J. Sondik, “Annual Summary of Vital Statistics: Trends in the Health of Americans During the 20th Century,” *Pediatrics*, vol. 106, no.3, 2000, p.1308). 또한 2000년과 2050년 사이에 65세 이상 인구 비율이 각각 아시아와 라틴 아메리카에서 6%에서 18%, 5.5%에서 18%로 증가할 것으로 예측되고 있다(Marc J. Roberts, William Hsiao, Peter Berman, and Michael R. Reich, *Getting Health Reform Right*, 2004. 신영전 옮김, 『보건의료개혁의 정치학』, 한울 아카데미, 2005, p. 35).

로써 모성 사망률과 영아사망률을 크게 낮추었다. 기대 수명의 증가와 영아사망률의 감소⁴⁾는 완만하게 증가하던 인구가 폭발적으로 증가하는데 직접적인 영향을 미쳤을 뿐만 아니라 현재 선진국(developed countries)⁵⁾을 중심으로 나타나고 있는 ‘인구 고령화’(population aging)⁶⁾ 현상으로까지 이어지고 있다.

한국 또한 21세기 이후에 ‘고령화 사회’에 들어섰다. 더욱이 2017년에는 노인 인구가 유소년 인구보다 많아지는 인구역전 현상이 발생하면서 고령사회에 진입하였다(통계청, 2016). 인구 고령화 현상이 빠르게 진행되는 사회가 겪는 여러 문제 중 중요한 것 중 하나는 보건 의료 분야에서 나타난다. 고령의 인구 집단은 노화로 인한 신체적 기능이 쇠퇴하면서 질병과 장애를 겪게 된다. 이에 따라서 이 연령대에 속한 개개인은 다른 연령대에 속하는 개개인과 비교했을 때 평균적으로 더 많은 보건의료자원을 필요로 한다.

현대 사회에서는 앞서 살펴본 고령화 현상과 관련된 사례 외에도 이와 관련된 다른 사회적 문제를 찾아볼 수 있다. 의생명과학기술 발전으로 인해 치료법이 발견 내지 개발되어 과거에는 치료가 불가능했던(불치) 것으로 여겨지던 질병이나 장애의 치료 가능성이 열리면서 그러한 질병이나 장애를 겪고 있는 환자들에게는 그 치료법을 이용할 기회가 주어진다면 생존뿐만 아니라 삶의 질까지 담보할 수 있게 되었다. 예를 들면, 비교적 최근인 30-40년 전에 발견된 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염에 의한 후천성 면역결핍증(AIDS)은 초창기에는 불치병이라고 여겨졌으나 최근에는 꾸준히 약을 복용하며 관리하는 경우에는 생명에

4) 또한 이 두 현상과 함께 나타난 출산율 감소도 인구 고령화에 영향을 미쳤다. 실제로 20세기 중반(1950-1955)만 하더라도 세계 평균 합계출산율(Total Fertility Rate:TFR)은 4.95명이었으나 현재(2010-2015)에는 2.36명으로 점차 감소해왔다(UN Data, 2010). 한편 한국은 1950년대 중반부터 1960년대 초반(1955-1963)에 이르기까지 ‘베이비붐’(babyboom) 세대가 태어난 시기에는 평균 합계 출산율이 6.1명(1960)이었으나(World Bank, 2016), 2018년 현재, 0.98명까지 떨어졌다(통계청, 2018).

5) 그러나 아프리카 등 제3세계의 국가들 중에서는 높은 출생률이 여전히 높아서 영아, 아동층에 나타나는 영양실조나 설사와 같은 질병과 고령층에 나타나는 심혈관계 만성질환으로 인한 사망률 증가 때문에 이중 질병 부담(the dual burden of disease)에 시달리고 있다(WHO, 1999; Roberts et al., 2005, p.35).

6) 이에 따라서 UN에서는 65세 이상 인구가 7% 이상 되는 경우를 ‘고령화 사회’(aging society), 14% 이상에 이르는 경우에 ‘고령 사회’(aged society), 20% 이상인 경우에 ‘초고령화 사회’(super-aged society)로 분류한다.

위험을 가하지 않는 난치병 수준이 되었다. 그러나 이러한 변화가 모든 AIDS 환자에게 동일한 의미를 갖는 것은 아니다. 이 질병의 치료에 필요한 고가의 약 가격을 부담할 수 있는지 여부에 딸, 불치병에서 난치병으로의 변화가 갖는 실질적인 의미가 달라지기 때문이다. 약 가격을 부담할 수 있는 능력에 따라 그 약에 대한 접근성에 차이가 생기는 것이다.

위에서 살펴본 사례들은 ‘보건의료’의 실질적 효과는 사회적 불평등과 밀접한 관련을 맺고 있다는 것을 시사한다. 보건의료의 불평등 문제는 사회적 불평등의 여러 측면과 중첩되어 있는 것으로서 이해되어야 한다. 이 문제는 톰 비참(Tom L. Beauchamp)과 제임스 칠드리스(James F. Childress)가 그들의 저서 『생명의료윤리의 원칙들』(*Principles of Biomedical Ethics*)의 ‘정의’에 관한 장 첫 머리에서 제시한 질문들처럼, 불평등이 정의의 문제인지, 모든 연령 집단에 대해서 보건의료자원을 동등하게 이용할 수 있는 권리를 부여해야 하는지에 대한 질문들을 우리에게 던지며, 이 질문들에 답하고자 할 때 우리로 하여금 보건의료(자원)에 대한 동등한 접근성, 세계적인 차원에서의 빈곤의 완화, 보건의료에 있어서의 선택의 자유, 자유시장 경제, 사회가 요구하는 효율성, 복지 상태 등의 여러 가지 이슈를 어떻게 조율해야 할지에 대한 고민을 하게 한다.⁷⁾

이때 ‘정의’⁸⁾가 의미하는 바는 ‘공정성’(fairness), ‘응분’(desert) 등과 유사한 것으로 보통은 “사람들이 받아 마땅하고 그들에게 주어져야 할 공정하고 공평하고 적절한 대우”⁹⁾로 해석된다. 그런데 보건의료에서 주로 다루지는 ‘정의’의 내용은 주로 그 자원을 배분하는 것이다. ‘보건의료정의’(justice in healthcare; healthcare justice; just healthcare)가 다루는 문제는 “한 사회에서 (보건)의

7) Tom L. Beauchamp and James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 6th Edition, 2008. 박찬구·최경석·김수정·인선호·조선우·추정완 옮김, 『생명의료윤리의 원칙들』, 서울: 이화여자대학교 생명의료법연구소, 2014, p.426.

8) 광의의 ‘정의’는 권리와 의무를 사회 구성원에게 어떻게 나눌 것인가 및 사회적 약자를 어떻게 보호해야 할 것인가 등을 다루는 ‘분배적 정의’(distributive justice)뿐만 아니라 범죄를 행하여 사회에 해악을 끼친 이에게 적절한 처벌을 가하는 것과 관련된 인과응보적인 성격의 ‘형사적 정의’(criminal justice), 범죄 피해자들의 구제와 보상과 관련된 ‘회복적 정의’(restorative justice), 계약 등 거래 문제에서의 보상을 다루는 ‘교정적 정의’(rectificatory justice)를 포함한다.

9) Beauchamp and Childress, 2014, pp.427-428.

료 서비스를 어떻게 배분하는 것이 정의로운지 하는 문제”¹⁰⁾로 인식되고 있으며, 그에 대한 결론 대부분은 자원에 접근할 수 있는 기회에 있어서의 동등한 권리로 도출되었다.¹¹⁾

실제로 전 세계적으로도 ‘보건의료체계들’(health(care) systems)은 앞서 살펴본 것처럼 의생명과학기술의 발달로 인해 수많은 환자들의 생명과 삶의 질을 높여주는데 기여하지만 한편 그 체계에 대한 접근, 품질, 재정적 부담과 자원의 우선 배분에서의 불균형¹²⁾이 그러한 발달의 영향을 악화시키고 있을 뿐만 아니라 증가하는 보건의료비용은 이를 더 악화시킨다고 여겨지고 있다.¹³⁾ 즉, 현실에서는 인간으로서 누려야 할 존엄성을 위해 최소한의 건강과 같은 목표치를 추구하더라도 서로 다른 사회조건들, 인종, 젠더, 국적 등에 의해 그 목표에 도달하기 위해 필요한 자원은 사람에 따라 달리 분포할 수 있고 이로 인한 불평등이 발생한다. 어떤 이들은 그 목표에 도달하기 쉽도록 해주는 풍요로운 자원과 기회를 누린다면, 우리 사회의 주변부에 놓인 이들은 그러한 목표에 필요한 최소한의 자원조차 제대로 향유하지 못하기도 한다. 이러한 보건의료영역에서의 불평등을 해결하기 위해서, ‘보건의료서비스를 어떻게 배분할 것인가’라는 관한 논의가 진행되어왔다.¹⁴⁾ 이러한 논쟁은 누구에게나 자신의 삶의 계획을 위해 필

10) 박상혁, 「자유주의 의료정의론에 관한 오해와 이해」, 『동서철학연구』, 제48호, 2008, p.224.

11) 실제로 미국의 생명윤리학자인 이즈키엘 J. 이매뉴얼(Ezekiel J. Emanuel)이 지적한 것처럼 지난 한 세기 넘게 미국에서 보건의료정의체계에 대한 답으로 여겨져 왔던 것은 보건의료자원에 접근할 수 있는 동등한 권리였다(Ezekiel J. Emanuel, *The Ends of Human Life: Medical Ethics in a Liberal Polity*, Cambridge: Harvard University Press, 1991, pp.107-108).

12) 실제로 이 분야는 환자, 의료진, 그 외 관련 당사자들간의 이해관계가 첨예하게 대립하고 있다(김승호, 「보건의료자원의 배분 에 대한 기독교적 접근」, 『신학과 실천』, 제57호, 2017, p.554; 정창록, 「의료자원 분배의 도덕성 논쟁 - QALY에 대한 찬반 입장을 중심으로」, 『한국의료윤리학회지』, 제15권 제1호, 2012, p.2).

13) Jennifer Prah Ruger, *Health and Social Justice*, Oxford: Oxford University Press, 2010, p.1.

14) 이에 관해서는 존 롤스(John Rawls)의 정의론을 토대로 건강 또한 공정한 기회의 내용 중 하나임을 지적하며 이를 심의민주주의 과정에서 논의해야 한다고 주장하는 노먼 대니얼스(Norman Daniels, "Health-care Needs and Distributive Justice," *Philosophy and Public Affairs*, Vol. 10., No.2., 1981; *Just Health Care*, New York: Cambridge University, 1985; *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, 2007, 양승인·정혁인 옮김, 『분배정

수적으로 갖추어야 할 기본재의 목록에 건강이 포함된다고 전제하고, 이 건강을 위해 필요한 보건의료자원을 어떻게 구성원에게 지원할 것인가의 문제를 중심으로 전개되어왔다.

그런데 이들은 누구나 원하는 건강을 위해 사회가 공적으로 지원해야 할 자원이 무엇이며, 그것의 공정한 배분의 기준이 무엇인지를 논하는데 집중할 뿐, 그 논의의 핵심 개념인 ‘건강’이 무엇인지에 대해서는 충분히 논의하지 않은 채로 이를 전제한 상태에서 자신들의 논의를 전개하고 있는 것처럼 보인다. 이들 논의에서 ‘건강’은 전제되어야 할 개념이 아니라 논쟁적인 주제임이 분명하다. 고령화나 난치병으로 인하여 건강하지 않은 상태의 이들이 도달해야 하는 목표는 바로 ‘건강’인데 이것이 무엇이나에 따라 그 목표를 실질적으로 달성하기 위해 필요한 방법이나 자원의 내용이 달라지기 때문이다.

고령이나 난치병은 신체적 건강뿐만 아니라 삶의 질에 있어서 안녕한 상태로서의 건강 양자 모두에 부정적인 영향을 미친다. 그런데 두 사례 모두 현대 사회의 변화와 발전으로 인해 추구하는 ‘건강’의 목표치가 과거와는 달라졌다. 노

의와 의료보장』, 나눔의 집, 2009; “Capabilities, Opportunity, and Health,” Harry Brighouse and Ingrid Robeyns eds. *Measuring Justice: Primary Goods and Capabilities*, Cambridge: Cambridge University, 2010). 아마티아 센(Amartya Sen)과 마사 C. 너스바움(Martha C. Nussbaum)이 제시한 역량 이론(Capabilities Approach)에 주로 기대고 있는 제니퍼 프라 루거(Jennifer Prah Ruger, "Aristotelian Justice and Health Policy: Capability and Incompletely Theorized Agreements," unpublished Ph.D. dissertation on file with the Harvard University Library, 1998; *Health and Social Justice*, Oxford: Oxford University Press, 2010), 그리고 역량 이론과 유사한 입장으로 ‘안녕’(well-being)의 문제로서 보건의료자원 배분을 바라보고자 한 매디슨 파워스와 루스 페이든(Madison Powers and Ruth Faden, *Social Justice: The Moral Foundations of Public Health and Health Policy*, Oxford: Oxford University Press, 2006) 및 국내의 롤즈의 정의론에 입각한 박상혁(「자유주의 의료정의론에 관한 오해와 이해」, 『동서철학연구』, 제48호, 2008; 「보건의료서비스의 정의로운 배분을 위한 롤즈 정의론의 발전 방향: 대니얼즈의 롤즈적 보건의료정의론을 중심으로」, 『롤즈의 정의론과 그 이후』, 철학과 현실사, 2009; 「보건의료자원의 거시적 배분과 민주주의적 정당성」, 『한국의료윤리학회지』, 제14권 제2호, 2011; 「보건의료자원의 배분에 있어서 세대 간 정의: N. Daniels의 프루던셜한 평생이론」, 『한국의료윤리학회지』, 제16권 제1호, 2013.), 센의 역량 이론으로 의료정의론을 접근하고자 한 목광수(「역량 중심 접근법에 입각한 의료 정의론 연구 - 노만 대니얼즈의 논의를 넘어서」, 『사회와 철학』, 제27집, 2014.) 등 참조.

화와 불치병은 수명이 유한한 인간의 신체적 건강 상태를 훼손함으로써 궁극적으로는 죽음에 이르게 한다. 그러나 의생명과학기술의 발달은 이러한 신체적 건강의 손상을 예방하거나 진행속도를 지연시키거나 혹은 이미 발생한 손상을 회복시켜준다. 그리고 신체적 건강이 손상되어 삶의 질 수준이 하락한 이들의 생활이 악화되는 것을 방지하고 아무런 조치를 취하지 않았을 때보다 안녕한 상태에서 살아갈 수 있게 한다.

이때 그러한 목표치로서의 ‘건강’에 도달하기 위해서는 보건의료자원이 요구되며 그것도 실질적으로 제공될 수 있어야 한다. 그러므로 건강 개념만큼이나 중요하게 논쟁해야 하는 것이 보건의료자원의 개념과 범위이다. 더욱이 건강 개념이 좁게 해석된다면 그만큼 요구되는 보건의료자원의 범위도 좋게 해석되며 인간 행복의 전제 조건으로서 넓게 해석되는 건강개념은 보건의료자원을 넘어서는 자원의 개념 역시 포괄하게 될 것이다. 특히나 현대 사회는 단순히 질병의 치료뿐만 아니라 삶의 질을 중시하게 되면서 보건의료자원과 (사회)복지자원의 경계 역시 불분명해지고 있기 때문에 ‘건강’ 개념이 어떻게 규정되고 그에 따라서 보건의료자원에 대한 접근은 어떻게 달라지는지 규명할 필요가 있다. 더욱이 현실은 매우 다양한 맥락들로 구성되어 있고 시간에 따라 변화하고 있다는 점을 간과해서는 안 된다. 이 다양한 맥락으로 인하여 각 사람들마다 적어도 인간이라면 최소한 누려야 하는 ‘건강’이라는 목표치에 도달하기 위해 실질적으로 필요로 하는 보건의료자원이 각기 다르게 나타난다. 그러한 이유로 실질적으로 요구되는 보건의료자원의 내용은 이러한 현실의 특성을 반영하여 파악되어야 한다.

2. 연구의 목적

지금까지 보건의료정의나 보건의료자원과의 관계 속에서 ‘건강’ 개념을 탐색한 연구는 드물었다. 물론 건강 개념에 대한 논쟁은 오랫동안 이루어져왔으나 주로 이는 ‘건강’ 개념 자체에 초점을 맞추어 진행되었으며 국내에서는 그와 관련된 논의를 더 찾아보기 어렵다. 이 연구는 그와 같은 문제의식에서부터 출발

하여 보건의료자원을 논하기에 앞서 그 내용과 범위의 전제가 되는 근본적인 '건강' 개념을 어떻게 구성할 것인지에 대해 탐구하고 그에 따라서 보건의료자원의 내용이 어떻게 달라질 수 있는지를 최근 현실에서 벌어지고 있는 사례들을 통해 보일 것이다. 건강 개념은 고정된 의미를 갖는 것이 아니라 시대적 상황에 따라서 변화를 거듭해왔다. 이는 위에서도 살펴본 의생명과학기술의 발달이 사회에 미치는 영향에서도 살펴볼 수 있다. 더욱이 실제 세계에서 벌어지는 불균형과 불평등의 문제들은 각 사례마다 다양하고 구체적인 상황과 맥락을 지니고 있다. 이러한 맥락들에 대한 고찰과 분석을 통해 보건의료정의에 관련된 연구가 궁극적으로는 실질적인 내용을 담을 수 있을 것이다.

그러므로 이 연구는 특히 구체적 맥락 속에서의 건강의 의미가 무엇인지를 잘 드러내주는 여성 건강 문제를 예시로서 주로 다루고자 한다.¹⁵⁾ 레슬리 도알(Lesley Doyal)이 지적했듯이, 여성들이라고 해서 여성들이 모두 동일한 건강 상태에 있다는 것은 아니다. 이들 역시 어떤 계급과 인종에 속하는 여성인가에 따라 건강 상태가 다르며 그에 따라 달성되어야 하는 건강의 목표치와 그 목표치에 필요한 보건의료자원의 범위도 달라지기 때문이다.¹⁶⁾ 한편 남성과 다르다는 점에서 여성들은 공통점을 지니면서도 그들이 처한 환경, 예를 들면 국적, 인종, 계급, 문화 등에 따른 차이점을 지니고 있기 때문에 이와 같은 보편성과 차이를 모두 고려해야 할 필요가 있다. 이에 대해서 도알은 다음과 같이 지적한다. 여성들은 삶의 중요한 측면에서 공통점이 있고 각자의 신체적 경험에 부여하는 의미가 다르지만 월경, 임신, 출산 등과 같은 재생산과 관련된 비슷한 신체적 경험을 공유하고 있다. 또한 여성들은 세계 다수의 지역에서 정도차가 있지만 종속적 지위에 놓인 경우에 이에 수반되는 현실을 공유한다. 이것이 두드러지게 나타나는 경우는 '성차별'(sexism)로 이는 주로 남녀 간의 경제적 불평등으로 인한 빈곤의 결과로 나타난다. 빈곤은 영양 섭취나 질병이나 장애가 발

15) Deborah Lupton, *Medicine as Culture, 2nd Edition*, 2003. 김정선 옮김, 『의료문화의 사회학』, 한울 아카데미, 2009; Lesley Doyal, *What Makes Women Sick*, 1995. 김남순·김동숙·박은자·송현중·이희영·정진주·지선미 옮김, 『무엇이 여성을 병들게 하는가』, 한울 아카데미, 2010, p.33.

16) Doyal, 2010, p.42.

생하여 치료를 요하는 경우에 이를 박탈하는 기재로서 건강과 밀접한 관계를 맺고 있다. 그러므로 서로 다른 다양한 문화적 맥락 속에서도 성차별 과정이 유사하게 겪으면서 여성이 신체적, 정신적 안녕에 심각한 장애가 초래되는 공통점을 겪기도 한다.¹⁷⁾

이처럼 나타나는 공통점과 차이점 양자 모두 고려하기 위해서는 여러 학제가 결합하여 다학제 내지 간학제적인 연구가 이루어져야 한다. 이때 이를 고려할 수 있는 이론은 인간의 다양성을 포착할 수 있으면서도 학제 간의 연구가 용이한 유연성을 지닌 역량 접근법이다.¹⁸⁾

이 연구에서는 역량 접근법에서도 세계 각지에서 여성들이 남성보다 인간 존엄성을 누리는 삶에 필요한 능력과 자원이 부족한 점에 주목하고 이를 개선하기 위한 목적에서 ‘핵심인간역량’ 목록을 제시했던 너스바움¹⁹⁾의 역량 이론을 주요한 이론적 토대로 삼게 될 것이다. 그녀가 제시한 이 목록상의 내용을 최소기준으로 하는 ‘임계치’(threshold)를 설정해놓음으로써, 여성들의 최소한의 공통점을 담보하면서도 이들 각자가 놓인 맥락의 다양성을 설명할 수 있는 길을 열어놓았다고 보기 때문이다. 더욱이 너스바움은 기본 역량과 결합 역량을 구분함으로써, 객관적이고 기본적인 기준으로서의 기본 역량의 내용과 각 개인이 처한

17) Doyal, 2010, p.28.

18) 목광수, 「역량 중심 접근법의 윤리적 함의」, 『윤리학』 제1권, 제1호, 2012, p.81: 더욱이 역량 접근법은 “인간의 다양성에 입각한 역량 중심 접근법은 획일적 인간을 전제로 한 기조의 물질적 평등 중심의 논의를 지적하고 다양한 인간의 특성에 주목하여 역량을 중심으로 이루어지는 물질적 분배에 대한 새로운 시각을 제시할 뿐만 아니라... 개인이나 사회에 대한 평가의 관점이 다양하다”(목광수, 2012, p.89)는 점에서 구체적 맥락과 상황에 따라 변화 가능한 보건의료자원에 대해 새롭게 접근하고자 하는 이 연구의 주된 틀로 사용하고자 한다.

19) Martha C. Nussbaum, “Aristotle on Human Nature and the Foundation of Ethics.” J.E.G. Altham and Ross Harrison eds., *World, Mind, and Ethics: Essays on the Philosophy of Bernard Williams*, Cambridge: Cambridge University Press, 1995; *Women and Human Development: The Capabilities Approach*, Cambridge: Cambridge University, 2000; “Capabilities and Social Justice,” *International Studies Review*, vol.4., no.2, 2002; *Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership*, Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press, 2006; *Creating Capabilities: The Human Development Approach*, 2011. 한상연 옮김, 『역량의 창조』, 돌베개, 2015.

주관적 맥락을 반영할 수 있는 결합 역량의 내용을 모두 따져볼 수 있는 방법을 마련해놓았다.

이 연구의 본문은 다음과 같이 전개될 것이다. 먼저 2장에서 건강 개념을 둘러싼 주요한 논쟁을 살펴볼 것이다. 그 주요 내용은 지금까지 전개되어 온 건강 개념을 둘러싼 논쟁 중 대표적이라 할 만한 자연주의적 입장과 규범주의적 입장 간의 논쟁을 살펴봄으로써, 이들 자연주의 건강 개념과 규범주의 건강 개념이 주목하고자 한 핵심 건강의 내용이 무엇인지, 그리고 그것들에 제기된 비판을 통해 각각의 건강론이 갖는 한계를 짚어내어 중층적 건강 개념을 도출해낼 것이다.

3장에서는, 앞장 논쟁에서 제기된 문제점을 극복하기 위해서 마사 너스바움(Martha C. Nussbaum)²⁰⁾의 ‘핵심인간역량’(Core Human Capabilities) 이론을 접목해 ‘메타 역량’(meta capability)으로서의 건강 개념을 제시한 벤카타푸람의 논의를 살펴볼 것이다. 그리고 벤카타푸람의 논의 역시 문제가 있음을 비판하고, 4장에서는 너스바움의 핵심인간역량에 따라서 ‘중층적 역량으로서의 건강’ 개념을 제시할 것이다. 5장에서는 ‘중층적 역량으로서의 건강’에 따라서 보건의료자원의 범위가 어떻게 기존 보건의료자원에 대한 이해와 다른 방식으로 접근되어야 하는지를 사례들을 통하여 보일 것이다. 마지막으로, 결론에서는 본문의 논점을 요약하고, 이 연구가 갖는 의의를 제시하고 마무리 하고자 한다.

보건의료자원은 지금까지 산술적으로 계산 가능한 물적 자원이나 인적 자원 위주로 파악되어왔다. 그러나 사회는 변화하며 그러한 양상은 현대에 들어서 더욱 두드러지고 있고 보건의료자원에 이러한 현실에 따라 달라진다. 더욱이 오늘날 한국사회에서도 보건의료와 사회복지의 영역 간의 경계가 희미해지는 ‘커뮤니티 케어’ 정책이 시행됨에 따라서 보건의료자원이 무엇인지에 대한 고민은 그것이 도달하고자 하는 목표인 ‘건강’이 무엇인가라는 근본적인 물음에서부터 출발해야 한다. 보건의료가 중요한 사회 이슈가 되어가는 현실에서 이 연구는 건

20) 특히 너스바움은 세계 다수 지역에서 여성들이 남성들보다 인간 존엄성을 누리는 삶에 필요한 능력과 자원이 부족한 것을 지적하면서 이를 개선하기 측면에서도 ‘핵심인간역량’ 목록을 제시했으며, 여성의 역량을 앗아가는 이유 중 하나로 이들에게 ‘보살핌’ 노동이 부과되는 것을 지적하고 있다(Nussbaum, 2002, pp.133-135).

강 개념에서부터 출발하여 그에 따라 달라지는 보건의료자원의 가변적인 양상을 사례를 통해 보여줌으로써 보건의료를 바라보는 새로운 시각을 제시하고자 한다.

II. 건강 개념의 정립²¹⁾

1. 건강 개념 정립의 필요성

한국어에서 ‘건강(健康)’의 의미는 ‘정신적으로나 육체적으로 아무 탈이 없고 튼튼함, 또는 그런 상태’를 의미한다. 한자어에서 유래한 이 단어는 본래 ‘굳셈’(建)과 ‘편안함’(康)이라는 의미가 합쳐져 정신과 신체가 튼튼함으로써 어려움(탈) 없이 (삶에서의) 편안함을 얻는다는 의미로 해석될 수 있다. 즉, ‘건강’은 사람의 신체와 정신 상태가 온전할 때 그 사람의 삶이 평온할 수 있음을 내포하고 있다.

한편으로 영어에서 ‘건강(health)’은 주로 생명과학이나 의학적 의미에서 사용되는 ‘질병의 부재(absence of disease)’로 정의된다. 이와 같은 영어에서의 ‘건강’ 개념은 한국어에서의 ‘건강’과 다르게 ‘질병’이라는 현상의 유무에 한정하여 그 뜻을 규정하고 있으며 ‘질병’이 무엇인지 먼저 따져볼 것을 요구한다.

실제로도 질병 개념은 건강 개념보다 더 앞서 정립되었다. 질병은 고대로부터 신이나 하늘과 같은 절대적 존재가 인간이 짓는 죄에 대한 형벌을 가하거나 혹은 악한 초자연적 존재의 저주로 인해 나타나는 신체의 이상 증상 같은 것으로 인식되었다.²²⁾ 그러나 점차 의학이 발달함에 따라서, 사람들의 인식도 질병이 수술이 아닌 의료기술에 의해 제거될 수 있다는 것으로 변화하게 되었다. 특히 근대 이후 의학의 기초를 이루는 생물학, 화학 등 과학기술이 발달하면서 의학

21) 이 장은 Lee, Meekyoung(이미경), "Building a Concept of Health - Focusing on the Debate between Christopher Boorse and Lennart Nordenfelt over Health,"(「건강 개념의 적립 - 크리스토퍼 부어즈와 레나르트 노르덴펠트의 건강 논쟁을 중심으로」), *Asia Pacific Journal of Health Law and Ethics*, vol. 12, no. 1, 2018, pp.81-99에 해당되는 내용으로 이 논문에 맞게 수정한 것이다.

22) 예를 들면 그리스도교 경전인 성경에서 나타나는 나병 환자들은 그들 자신 혹은 조상의 죄에 대하여 신이 벌을 내린 것으로 보아 부정한 자들로 취급되었다(민수 5,2-3). 동아시아 지역에서도 전염병 등이 돌거나 하는 경우에 통치자의 과오에 대한 하늘(天)의 벌로 여겨져 이를 달래기 위한 국가적인 차원의 기양의례가 발달하였다(이경록, 2010; 김영미, 「고려시대 불교와 전염병 치유문화」, 『전염병의 문화사 : 고려시대를 보는 또 하나의 시선』, 혜안, 2010).

분야도 비약적으로 발전하였고 다시 의학의 발달은 다른 영역의 학문이나 기술들이 발달하는데 기여하였다. 예를 들면, 19세기에 세균의 존재의 발견이나 위생학의 발달은 전염병의 예방을 통해 수많은 사람들의 목숨을 구할 수 있게 하였고 단순한 감염²³⁾을 치료하지 못해 죽음에 이르는 것을 방지할 수 있게 하였다.

질병의 원인이나 질병 자체를 제거하거나 통제할 수 있게 되면서 ‘질병의 부재’로서의 건강 개념이 도출되었고 특히 의학 분야에서 이와 같은 건강 개념이 널리 사용되게 되었다. 그러나 의학뿐만 아니라 인류 삶의 전반에서 발전이 진행되고 그 과정에서 그 발전을 모든 인류가 향유할 수 있는 자원의 분배의 문제, 더 나아가 좋은 삶의 질을 향유할 기회의 문제가 제기되면서 건강은 단지 ‘질병의 부재’ 상태로서만 한정해서 소극적으로 정의할 수 없다는 주장들이 나왔다. 특히 세계보건기구(World Health Organization: WHO)가 1948년 그 현장에서 건강을 “단지 질병이나 허약함이 부재한 것이 아닌 신체적, 정신적, 사회적으로 완전한 안녕 상태”²⁴⁾로 정의하면서 ‘질병의 부재’의 의미를 넘어서는 건강 개념에 대한 고찰이 본격적으로 이루어지게 된다.

건강을 ‘질병이 없는 상태’로 볼 것인가 아니면 보다 적극적으로 ‘신체적, 정신적, 사회적 안녕상태’로 보아야 하는가의 논쟁이 갖는 함의는 건강과 치료의 범위를 어디까지로 한정할 것인가와 같은 의학 뿐 아니라 건강 관련 정책과도 관련된 것으로서 매우 중요한 것이다. 그러나 건강 개념에 대한 이론적 연구는 국내에서 별로 눈에 띄지 않는다.²⁵⁾ 생명윤리나 보건 분야 연구에서 역시 이미

23) 특히 이는 여성들이 출산하던 중 적절한 위생이 제공되지 않아 산욕열과 같은 위험한 감염 증세로 목숨을 잃는 것을 방지할 수 있게 된 것에서 살펴볼 수 있다. 21세기인 현재도 위생이 불량한 세계 일부 지역에서는 출산하는 여성들뿐 아니라 감염에 취약한 인구집단들이 전염병이나 패혈증 등의 증세로 목숨을 잃고 있다.

24) “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”

25) 다만 성기현은 최근에 본 논문에서 소개하는 건강 개념 논쟁을 간략하게 소개하면서 프랑스의 의철학자 조르주 깡귀엠(Georges Canguilhem)의 건강 개념에 기초해 ‘건강’의 의미를 고찰하고자 하였다(성기현, 「개념으로서의 건강: 비판적 고찰」, 『생명연구』, 제46집, 2017). 깡귀엠의 건강 개념은 이론적 개념 차원에서만 논의되는 건강을 현상학적으로 파악하고자 하는 입장으로 이에 비교적 최근에 건강 개념 논쟁에서 등장하였다. 이에 관한 더 자세한 논의는 건강의 자연주의와 규범주의적 양 개념을 소개, 비교하면서 ‘현상학적 개념

주어진 건강에 대한 정의를 전제하고 논의를 전개 할 뿐, 건강의 상태를 무엇으로 볼 것인가에 대한 본격적 분석을 한 연구는 찾아보기 어렵다. 세계보건기구의 건강 정의는 신체적, 정신적인 것의 범위를 넘어, 사회적인 차원까지 건강 상태에 포함시키고 있다. 실제로 좋은 삶의 질에 대한 기대가 높아지고, 그 실현을 위한 정책의 중요성에 대한 인식이 점점 더 강조되고 있는 현실에서, 건강에 대한 보다 정교한 이해가 필요하다.

이 장에서는 건강 개념을 둘러싸고 제시된 논의들을 통해 건강에 대한 보다 정교한 이해를 마련하고자 한다. 이를 위해서 먼저 건강을 ‘질병의 부재’로서 제시한 미국의 생명윤리학자인 크리스토퍼 부어즈(Christopher Boorse)의 건강 개념을 살펴볼 것이다. 그의 연구가 건강 개념의 범위를 둘러싼 본격적인 논쟁을 열었다고 보기 때문이다. 따라서 부어즈로 대표되는 질병의 부재로서의 협의의 건강을 소개하고, 이어서 이와 논쟁하는 규범주의적 입장을 살펴볼 것이다. 이때, 규범주의적 입장은 인간의 삶에 총체적인 영향을 미칠 수 있는 일종의 능력으로 파악되는 광의의 건강 개념을 다룬다. 그것은 건강 개념이 질병의 부재가 아닌 인간 삶 전반에 중요한 영향을 끼치는 광의의 개념으로 파악해야 한다는 ‘레나르트 노르덴펠트의 전체론적 안녕 이론’(Lennart Nordenfelt's holistic welfare theory)으로 대표된다. 이처럼 건강과 질병 개념을 둘러싼 두 입장은 전자는 ‘자연주의’(naturalist), 후자는 ‘규범주의’(normativist) 입장을 대표하면서²⁶⁾, 현재까지도 여전히 논쟁이 이어지고 있다. 이 장의 끝에서는 이 두 건강 개념을 종합하는 중층적인 개념으로서, 즉 단순히 협의의 건강 개념이 나 광의의 건강 개념이냐를 다투는 것이 아니라 각 맥락과 상황에 따라서 그 범위가 달라지는 개념으로서 건강을 제안할 것이다.

으로서의 건강’과 ‘자연주의적 개념으로서의 건강’의 유사점과 차이점을 살펴본 Frederik Svenaeus, "Naturalistic and Phenomenological Theories of Health," *Royal Institutes of Philosophy Supplement*, 72, 2013. 참조.

26) 토마스 슈크람(Thomas Schramme)은 이와 같은 건강에 관한 기본적인 두 입장을 각각 대표하는 것이 ‘크리스토퍼 부어즈의 생물통계학 이론’(Christopher Boorse's biostatistical theory)과 ‘레나르트 노르덴펠트의 전체론적 안녕 이론’(Lennart Nordenfelt's holistic welfare theory)이라고 평가하였다(Thomas Schramme, "A Qualified Defense of a Naturalist Theory of Health", *Medicine, Health Care and Philosophy*, vol. 10, 2007. p.11).

2. 협의의 건강 개념 : 부어즈(Boorse)의 '질병의 부재로서의 건강'

부어즈가 정교화한 '질병의 부재로서의 건강'은 현재 의생명과학 분야에서의 표준 개념으로 자리 잡고 있으며, 이는 자연주의적 입장을 대변한다. 그는 건강이란 무엇인가에 대한 답(결론)보다는 그 개념이 어떻게 도출되어야 하는지에 관한 고찰이 이루어져야 함을 지적하고, '질병의 부재'로서의 건강 개념에 이르는 논의의 과정을 전개하였다는 점²⁷⁾에서, 건강에 대한 철학적 탐색을 한 것으로 평가할 수 있다. 그가 이론적으로 개념화하고자 한 건강 개념은 “생물통계학적 이론”(Biostatistical Theory)²⁸⁾라고 불린다.

부어즈는 이제까지 건강이나 질병 개념이 추상적으로만 규정되었을 뿐 의철학에서 실질적인 분석이 제대로 이루어지지 않았음을 지적하였다. 동시에 그는 건강을 객관적인 관점, 특히 생물학적 관점에서 설명하고자 하였고 그 결과, 정상(건강)과 비정상(질병/병리적 상태)의 이분법적 구분에 바탕을 두면서 건강을 '질병의 부재'(absence of disease)로 보는 전통적인 의학적 관점을 지지하였다.²⁹⁾

건강이 '질병의 부재'로서 파악되기 위해서는 우선적으로 질병의 개념이 전제되어야 한다. 그러나 이제까지 질병은 단순히 “건강과 일치하지 않는”³⁰⁾ 개념에 불과했다. 부어즈는 질병의 개념을 보다 명료하게 정의하여 “건강을 손상시키는 내적 상태의 유형으로 예를 들면, 하나 혹은 그 이상의 기능적 능력이 일반적인 효율성 수준 아래로 감소된 경우”³¹⁾라고 하였다. 그리고 이러한 질병의 개념은

27) Christopher Boorse, "On the Distinction between Disease and Illness." *Philosophy and Public Affairs*, vol. 5, no.1, 1975; "Health as a Theoretical Concept." *Philosophy of Science*, vol. 44, 1977.

28) 부어즈의 이론을 이처럼 처음 명명한 사람은 뒤에서 소개할 노르덴펠트이다(Lennart Nordenfelt, *On the Nature of Health: An Action-Theoretic Approach*, Kluwer Academic Publishers, 1987[1995], p.16).

29) Boorse, 1977, p.546.

30) Boorse, 1977, p.542.

31) “only statistically species-subnormal biological part-function”: Christopher Boorse, "A Rebuttal on Health," J.M. Humber and R.F. Almeder eds., *What is Disease?*, Humana Press, 1997, p.4; "A Second Rebuttal on Health," *Journal of Medical Philosophy*, vol. 39, no.6, 2014, p.683.

"부상(injuries), 독성 중독(poisoning), 환경적 외상(environmental traumas)³²⁾, 성장장애(growth disorder), 기능적 장애(functional impairment) 등을 포함하는 의학에서 완벽한 건강과 일치하지 않는 것으로 보는 매우 광범위한 의미로서 사용되는 질병의 용법(very broad usage of disease)을 요구한다."³³⁾

부어즈 자신도 인정하듯이 질병의 부재로서의 건강 개념은 부어즈 이전부터 존재했던 개념이다.³⁴⁾ 그러나 그는 이러한 건강 개념 도출을 위한 분석을 위해 다음과 같은 개념 설정의 과정이 더 필요하다고 주장한다.

1. *준거 집단(reference class): 통일된 기능적 설계를 지닌 유기체의 자연적 집단, 예를 들어 한 생물체(군)에 있어서의 성별과 연령에 따른 집합체.*³⁵⁾
2. *정상 기능(normal function): 준거 집단의 구성원 내에서의 부분 내지 과정의 정상적 기능은 그 구성원 개별 생존과 재생산에 대하여 통계적으로 정상적인 범위 내의 분포가 이루어짐을 말한다.*³⁶⁾
3. *준거 집단 내 한 개체의 건강(health): 정상적 기능을 할 수 있는 능력. 즉, 적어도 일반적인 수준의 효율성을 가지고 보통의 상황에서 그 정상적 기능을 전부 수행할 수 있도록 하는 각 내부 기관의 능력*³⁷⁾

32) 환경적인 영향으로 인한 질병에 관해서 부어즈는 이후 부연 설명을 덧붙였는데 이는 주로 열사병이나 고산병과 같이 비일반적인 환경 조건에서 발생하는 증상을 설명하기 위한 것이었다(Boorse, 1997, p.84; 2014, p.684).

33) Boorse, 1997, p.6.

34) 부어즈도 그의 논문에서 언급한 것처럼 건강의 의학적 개념은 고대의 갈레노스(Galen)까지 거슬러 올라간다(Boorse, 1977, p.554).

35) "a natural class of organisms of uniform functional design; specifically, an age group of a sex of a species"

36) "of a part of process within members of the reference class..., a statistically typical contribution by it to their individual survival and reproduction"

37) "in a member of the reference class,... normal functional ability: the readiness of each internal part to perform all its normal functions on typical occasions with at least typical efficiency"; 부어즈는 일반 수준의 효율성에 대해서는 "그 집단 분포의 선택된 중심부분 이내 혹은 그 이상의 효율성 수준"(at efficiency levels within or above some chosen central region of their population distribution)(Boorse, 1977, pp.558-559)라고 부연 설명하고 있다. 즉, "통계학적 평균에서 아래로 멀리 떨어진 것이 아니다."(not far below the statistical mean)(Boorse, 2014, p.684).

4. 질병(disease): 건강을 손상시키는 내적 상태의 유형으로 예를 들면, 하나 혹은 그 이상의 기능적 능력이 일반적인 효율성 수준 아래로 감소된 경우³⁸⁾³⁹⁾

이러한 개념은 '부분-기능의 효율성'(efficiency of part-function)에 관한 아래의 그림 1과 같이 표현될 수 있다. 하나의 준거 집단의 통계적 분포도를 그려볼 수 있다면 중앙 부분은 정상(normal) 즉 건강한 상태에 해당한다. 그러나 이 통계상 정상치보다 아래인 수준은 질병 혹은 병리적인 상태로 파악된다.

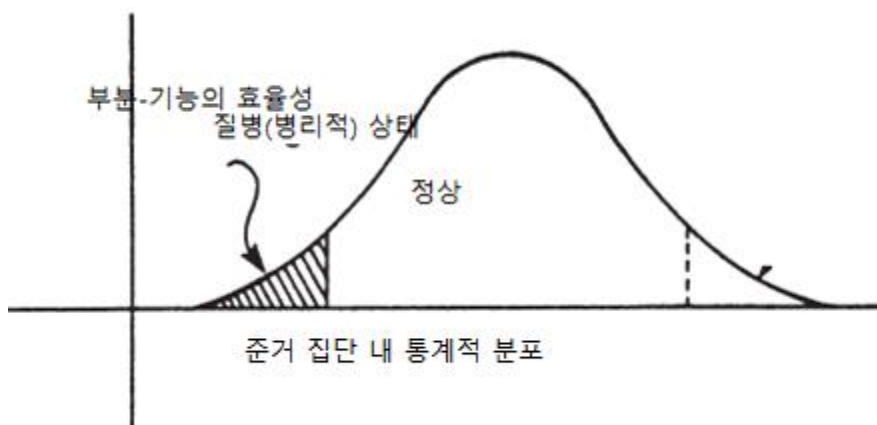


그림 1. 정상 대 병리⁴⁰⁾

위와 같은 건강과 질병의 개념을 끌어내기 위한 과정에서 우선적으로 전제되는 개념은 '기능'(function)이다. 부어즈는 'X의 기능은 Z'라는 명제를 X가 Z를 행하기 때문에 존재하고 그 Z는 X의 존재의 결과라고 정의하는 래리 라이트(Larry Wright)의 '기능' 개념⁴¹⁾을 빌려온다, 예를 들면 물고기의 아가미의 기

38) "a type of internal state which impairs health, i.e. reduces one or more functional abilities below typical efficiency"

39) Boorse, 1977, p.555: 다만 이후 부어즈는 '질병'이란 용어를 '병리적 (상태)'(pathological)로 변경하였다(Boorse, 2014, p.683).

40) 출처: Boors, 1997, p.8

41) Larry Wright, "Functions," *The Philosophical Review*, vol. 82., no.2, 1973; "Wright on Functions," *Philosophical Review*, vol. 85, no.1, 1976, p.70.

능은 호흡인데 아가미가 물고기의 생존에 필요한 호흡을 위한 용도로 사용되는 것이 자연 선택에 의해 그러한 방향으로 진행되었다는 점에서 호흡이 아가미의 기능이 된다고 설명한다. 부어즈는 이를 하나의 유기체가 그 생존과 재생산을 위해 환경에 적응하고자 하는 위치에 놓이는 것으로 파악해서 통계분포에 있어서는 ‘정상적인 분포 범위’(typical contribution)에 포함되는 것이라고 규정한다.

통계상의 정상적인 분포 범위는 또한 ‘일정 규모의 집단’(some population) 내지 ‘준거 집단’(reference class)이 있을 때 살펴볼 수 있는 것이다.⁴²⁾ 부어즈는 개구리, 지렁이, 불가사리와 같은 단일한 생물종의 집합체의 예시를 들면서 이와 같은 동일하거나 유사한 형태나 설계를 지닌 집합체들이 나타내는 특징들 중에서 가장 일반적이고 정상적으로 여겨지는 지점이 정상적인 기능을 나타낸다고 주장한다. 그에 따라서 준거 집단 내에서의 ‘정상 기능’(normal functioning)은 “한 유기체 집합의 통계 분포 범위 내에서 중심 구간 내지 그보다 높은 효율성을 지닌 수준으로 규정되는, 즉 통계적으로 일반적인 수준의 기능을 수행할 수 있는 것”⁴³⁾을 의미한다.

위의 전제 개념 설정 과정에 따라서 질병은 “정상적인 기능의 장애, 예를 들어, 일반적인 효율성 이하로 하나 이상의 ‘기능적 능력’이 감소하거나 환경적 행위자로 인하여 기능적 능력이 제한된 일종의 내적 상태”⁴⁴⁾로 정의된다. 그리고 그 기능적 감소는 그러므로, 건강은 이처럼 “질병이 부재한 상태”⁴⁵⁾로 규정된다.

이러한 전제를 통해 도출된 부어즈의 자연주의적 건강 개념은 의학 교육과 실무에서 표준으로 자리 잡았다. 또한 동시에 건강을 규범적인 개념으로 파악하는 입장에서의 많은 비판이 쏟아졌다.⁴⁶⁾ 부어즈의 건강 개념과 관련해서는 주로 두

42) Boorse, 1977, p.556.

43) “the performance by each internal part of all its statistically typical functions with at least statistically typical efficiency, i.e. at efficiency levels within or above some chosen central region of their population distribution)”

44) “A diseases is a type of internal state which is either an impairment of normal functional ability, i.e. a reduction of one or more functional abilities below typical efficiency, or a limitation on functional ability caused by environmental agents”(Boorse, 1997, pp.7-8).

45) Boors, 1997, p.8.

드러진 비판은 질병이 가치중립적일 수 없다는 것이었으며⁴⁷⁾ 부어즈 자신은 여전히 자신의 입장의 큰 틀을 유지하면서도 질병에 대한 개념을 기능의 비정상성이 아닌 병리적인 상태로 파악하게 되었다.

앞서 살펴본 것처럼, 전통적이면서도 의학에서 중요한 객관적이며 과학적인 개념으로서의 건강은 정상성(normality)을 전제로 한다. 즉, 의학에서는 건강이 사실상 정상기능으로 규정되고 질병은 건강에 반대되는 비정상적인, 병리적인(pathological) 기능⁴⁸⁾으로 여겨진다.⁴⁹⁾ 따라서 기능의 정상성은 앞서 살펴본 부어즈의 본래 정상 기능과 유사하게 “종(혹은 아종의)에게서 일반적인 것에 기초한 통계적 기능”으로 정의되며, 질병 내지 병리적 상태는 다음과 같다:

한 유기체의 부분 내지 과정의 조건은 그 종에게서 일반적인 생물학적 기능 하나 이상을 수행하는 부분이나 과정의 능력이 그 종의 적절한 준거 집단 구성원 안에서 대응하는 부분이나 과정에서의 그 능력에 관한 통계적 분포에서 중심에 분포하는 범위 밖으로 벗어나는(그 범위보다 아래에 위치하는) 경우에 병리적인 상태에 이른다.⁵⁰⁾

이러한 부어즈의 건강 개념의 장점으로서는 뒤에서 살펴볼 삶의 질과 관련된 능력으로서의 건강 개념이 지니는 주관적이고 모호한 내용에 대해서 객관적이고 명료한 한계를 설정해줄 수 있다는 점이다. 삶의 질이나 안녕과 같은 것은 매우

46) 이에 따라서 부어즈는 1997년과 2014년, 두 차례에 걸쳐서 자신의 건강 개념에 대한 비판에 대하여 반박하였다: Boorse, "A Rebuttal on Health," 1997.과 "A Second Rebuttal on Health", 2014. 참조.

47) Christopher Boorse, "Concepts of Health," Donald VanDeVeer and Tom Regan eds., *Health Care Ethics: An Introduction*, Temple University Press, 1987, pp.366-368.

48) 부어즈는 이때, ‘기능’의 의미가 의학보다는 생물학적 특히 생리학적 개념에 속하며, 일반 의학은 이를 생리학으로부터 차용한다고 본다.

49) Boorse, 1987, pp.369-370.

50) "A condition of a part or process in an organism is pathological when the ability of the part or process to perform one or more of its species-typical biological functions falls below some central range of the statistical distribution for that ability in corresponding parts or processes in members of an appropriate reference class of the disease." (Boorse, 1987, p.370).

주관적인 개념이며 건강과 안녕이 동일시 될 경우에 건강 개념이 가지는 차별성이 빛을 보지 못할 수 있다. 이러한 이유로 특히, 대니얼스는 부어즈의 건강 개념이 건강에 대한 규범적 판단을 피하는 것이 아니라 (객관적 기준에 의해) 규범적 판단들을 적재적소에 배치하는 장점을 지니고 있다고 평가하였다.⁵¹⁾

그럼에도 불구하고 부어즈의 자연주의적인 기존 서양 자연과학과 의학에 기초를 둔 건강과 질병 개념에 대해서 이를 규범주의적으로 봐야 한다는 견해들이 등장하였다.

슈크램은 부어즈의 건강, 질병과 관련된 개념의 특징 중 하나가 의학 교과서나 질병분류표에서 따온 것 마냥 기술적인(descriptive) 것임을 들면서, 한편으로 의과학(medical science)이 여전히 발전 중인 분야이면서 현재 증상에 기초하여 정의되고 있는 다수의 질병들이 특히 정신과(psychiatry)에 존재한다는 사실을 지적하는데⁵²⁾ 이러한 슈크램의 견해에서도 규범주의적 관점에서 건강의 개념을 살펴볼 필요성을 찾아볼 수 있다. 슈크램은 부어즈가 증상의 원인에 기초한, 기능 부전(dysfunction)이나 기능적 장애의 관점에서 질병을 규정하고 있기 때문에 현재 존재하는 모든 질병 범주가 부어즈 자신의 설명과 일치하지 않을 가능성이 높다고 평가한다.⁵³⁾

이 견해는 이 장의 처음에서도 언급했던 것처럼 건강을 질병이나 병리적 상태와 연관 지어 의학적 치료만이 그것을 회복시켜주는 방식이 될 수 있다고 볼 경우 놓치게 되는 부분을 지적한다. 즉, 부어즈처럼 생존이나 재생산이라는 두 가지 주요한 목표에 국한해 건강을 개념화하게 되면 그 두 가지와 명확한 관련성이 없지만 일상적으로 질병이나 건강의 부재로 여겨지는 현상들을 설명할 수 없다.

이를 보여주는 예시는 여성의 월경과 성행위, 임신, 출산 등과 같은 재생산 전반에 걸친 분야에서도 두드러지게 나타난다. 이러한 재생산 영역은 여성으로 태어나면 겪게 되는 자연스러운 과정인 동시에 감염이나 통증, 원치 않는 행위

51) Norman Daniels, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, 2007, 양승인·정혁인 옮김, 『분배정의와 의료보장』, 나눔의 집, 2009, p.79.

52) Schramme, 2007, p.11.

53) Shcramme, 2007, p.12.

로 인하여 얻게 되는 정신적 트라우마 등등 여성의 신체와 정신 양자 모두에 중대한 영향을 미친다.⁵⁴⁾ 특히 임신과 출산의 경우에는 이에 걸맞은 최적의 환경과 함께 이를 경험하는 여성 자신의 자율성이 요구되며 이러한 조건이 충족되어도 여성들은 입덧, 출혈, 통증과 같은 재생산과 관련된 활동이 동반하는 증상들이 이들을 경험하지 않을 때의 정상적인 경우와 비교했을 때, 그들의 신체에 질병의 증세와 유사한 작용을 한다.

여성의 재생산 활동 영역이 인간의 생물학적 기능을 정상적으로 발현하는 것과 깊이 연관되어 있기 때문에 부어즈의 건강 개념에 따르면 이 경우, 여성은 건강한 상태로 간주되어야 한다.

자연스러운 기능이라고 하는 여성의 재생산 분야가 의료 영역으로 넘어가면서 이에 대한 가족이나 국가, 교회 등과 같은 사회의 여성 신체에 대한 통제는 오히려 남용될 경우에 재생산 관련 경험을 하기 전까지 그 신체에 질병이 부재하여 좁은 의미에서도 건강하다고 여겨졌던 여성들의 생명과 건강을 직접 위협하게 되기도 한다. 이를 단적으로 보여주는 경우는 각 여성이 처한 맥락에 상관없이 국가 정책상 피임과 낙태를 금지함으로써, 원치 않는 임신을 하거나, 그 임신이 기타 건강에 중대한 영향을 미칠 수도 있는 여성이 사망하는 등, 그러한 정책을 시행하는 국가의 모성 사망률이 증가하게 되는 경우이다.⁵⁵⁾ 이러한 사례는 각각 실제로 한동안 출산을 억제했던 중국과 인구를 늘리기 위해 낙태와 피임을 금지했던 차우셰스쿠 치하 시절의 루마니아에서 직접 벌어진 일들이었다.

그리고 프레데릭 스베노이스(Frederik Svenaeus)가 지적한 것처럼, 건강을 자연주의적으로 파악할 경우에 우리는 질병에 걸린 유기체인 사람이 이 세상을 살아가며 생각하고 느끼고 행위하는 의식적 존재라는 점을 망각하게 된다.⁵⁶⁾

더욱이 현대 사회가 복잡해지면서 건강이나 질병을 단순히 의생명과학적 관점에서만 살펴보기 보다는 사회적인 관점 혹은 더 나아가 전체적인 관점에서 파악해야 한다는 입장이 보다 목소리를 내게 되었다. 그에 따라서 건강과 질병 개념

54) Lesley Doyal, *What Makes Women Sick*, 1995. 김남순 · 김동숙 · 박은자 · 송현종 · 이희영 · 정진주 · 지선미 옮김, 『무엇이 여성을 병들게 하는가』, 한울 아카데미, 2010, p.150.

55) Doyal, 2010, pp.155-156.

56) Svenaeus, 2013, p.227.

을 규범주의적 입장에서 정교하게 다루고자 하는 시도들이 등장하게 된다.

3. 건강 개념 패러다임의 변화: 노르덴펠트(Nordenfelt)의 ‘목표를 달성하는 능력으로서의 건강’

앞서 살펴본, 건강과 질병을 대립관계로 보는 협의의 건강 개념으로 충분치 않다는 입장들 중에서도 대표적인 학자는 레나르트 노르덴펠트(Lennart Nordenfelt)이다. 그는 부어즈의 건강이론에 대한 비판에서 출발하여 ‘한 개인의 중요한 목표를 실현할 수 있는 능력’(A person's Ability to Fulfill Vital Goals)으로서의 자신의 건강 개념을 제시하였다.⁵⁷⁾ 이와 같은 노르덴펠트의 건강 개념은 건강이 단지 한 인간의 생존에 국한된 문제가 아니라 삶의 질과도 밀접한 관련이 있다고 보는 전체론적인 관점에서 나온다.

그런데 광의의 건강 개념은 실제로 질병의 부재로 파악하는 건강의 개념만큼이나 오랜 역사를 지녔다. 노르덴펠트는 이러한 건강 개념이 기원후 2세기까지 거슬러 올라가는 것을 갈레노스의 건강에 관한 정의 “고통에 처해지거나 일상생활의 기능이 방해받지 않는 상태”를 인용하여 보여준다.⁵⁸⁾ 그는 더 나아가 다음과 같은 “질병의 개념 발달에 관하여 재구성된 준역사적 서술”(quasi-historical sketch of the notion of disease)을 통해 건강과 질병의 관계를 설명하면서 건강을 전체론적인 관점에서 보고자 한다.

1. 처음에 그들 자신 안에서 그리고 그들 자신으로 인해 문제를 경험한 사람들이 있었다. 그들은 통증과 피로를 느꼈고 그들 자신이 그들이 정상적인 상태에 서는 할 수 있었던 바를 하지 못하는 것을 깨닫게 되었다. 그들은 우리가 현재 병이라고 부르는 것을 경험했으며 그들은 그것이 그들의 신체와 마음 어딘가에 존재한다고 여겼다. 많은 사람들이 유사한 병을 경험하게 된다. 이로 인해서 그 병(증세)에 대해서 이름이 부여되고, 그 결과, 그 병에 대해서 효율적인 대화가

57) 이와 같은 노르덴펠트의 건강 개념에 대하여 지금까지 나온 논의 중에서 가장 발전적이며 일관된 이론이라고 평가하기도 한다(Svenaeus, 2013: 228).

58) Nordenfelt, 2007, p.6.

가능하게 되었다. 이를 병의 인식과 병의 소통의 단계(*the phase of illness recognition and illness communication*)라고 한다.

2. 아픈 사람들은 도움을 얻기 위해 소위 의사라고 불리는 전문가에게 찾아가는 것이다. 그들은 그들의 경험에 대해서 의사나 다른 치료사들에게 '병에 관한 언어'(*illness language*)를 사용해 이야기한다. 치료사들은 그들을 돕고 치료하려고 노력한다. 치료법을 찾는 과정에서 치료사들은 아픈 사람들이 들려준 이야기에 의존하지 않는다. 그들은 또한 환자의 신체와 마음속에 위치한 병의 원인을 찾고자 한다. 이는 그들이 결국 그들 환자의 생물학에 관한 체계적인 연구를 시작했음을 의미한다. 이때가 병의 원인의 탐색 단계(*the phase of search for the causes of illnesses*)이다

3. 위와 같은 연구들의 결과로 치료사들은 특정 신체 상태 및 환자들의 증상 사이에 규칙적인 관련성(*connection*)이 있음을 발견했다. 그들은 내적 상태와 과정과 병-증후군(*illness-syndromes*) 사이의 인과적 관련성에 대한 가설을 구성했다. 그들은 병의 이러한 원인을 질병(질환: *disease*)이라고 불렀다. 그리고 그들은 질병을 지칭하는 단어와 개념적 도구를 개발했다. 이것이 질병 인식의 단계(*the phase of recognition*)이다.⁵⁹⁾

이때 그러한 원인의 결과로서의 질병은 한 사람의 생명이나 재생산(*reproduction*)에 위협이 되는 것만을 지칭하는 것이 아니라 여러 종류의 고통이나 장애까지도 포괄하게 된다. 그러므로 노르덴펠트는 질병의 개념을 사망할 가능성이 높아지는 것(생존 확률이 줄어드는 것)이 아닌 고통과 장애의 관점에서 파악해야 한다는 결론에 이르렀다.⁶⁰⁾

그에 따라서 노르덴펠트의 건강 개념은 질병을 바라보는 시각에 있어서도 주관성과 규범성을 강조한다. 이는 삶을 불편하게 혹은 불행하게 만드는 질병에

59) Nordenfelt, 2007, p.7: 이러한 과정은 리언 아이젠버그(Leon Eisenberg)가 제시한 환자의 주관적 '아픔'이 의사가 객관적으로 진단한 '질병' 사이에 놓인 간극이 넓어지는 것과 일치한다(Leon Eisenberg, "Disease and Illness: Distinctions between Professional and Popular Ideas of Sickness," *Medicine and Psychiatry*, vol. 1, 1977, pp.13-15.

60) Nordenfelt, 2007, p.8.

대한 인식이 전제되어야 하는 것을 의미한다. 그러므로 노르덴펠트가 내리는 질병의 정의는 “병의 원인을 일으키는 경향이 있는 신체적 혹은 정신적 과정(대상에 의해 경험되는 고통이나 장애의 상태로 이해되는)”⁶¹⁾이지만 이는 “병의 인식(illness-recognition)을 기초로 해서 확인되는 것”이다.⁶²⁾

이에 따라서, 노르덴펠트는 건강을 어떤 목표를 성취할 수 있는 일종의 능력⁶³⁾인 적극적인 개념으로 파악하고자 한다. 즉, 그에 따르면 건강 개념의 핵심은 삶에 있어서 장애와 고통을 이겨낼 수 있는 ‘능력’(ability)에 달려있다. 이러한 논의를 전개해 나가기 위해서 그는 건강을 ‘행위론’(action theory)에 입각하여 개념화하고자 하였다⁶⁴⁾ 더욱이 건강 개념이 인간의 안녕(well-being)과 연관될 때 이것은 ‘질병의 부재’와 같은 단지 소극적인 개념이 아닌 복지나 행복과 같은 특정 목적을 추구하기 위한 능력으로 파악하는 적극적 개념이 된다. 노르덴펠트에게 있어서 한 개인이 ‘건강하다는 것’(being healthy)은 그가 자신의 가장 중요한 목적을 달성할 수 있음을 의미하기 때문이다. 그러므로 그는 “A가 완벽하게 건강하다는 것은, 주어진 표준 환경 내에서 자신의 모든 중요한 목표(vital goals)를 달성하기 위한 능력이 필요충분조건을 충족한 경우에 해당한다”⁶⁵⁾고 말한다.

이때 ‘중요한 목표’(vital goals)는 안녕(well-being)의 기준으로 설정된다. 노

61) “a bodily or mental process which is such that it tends to cause an illness (understood as a state of suffering or disability experienced by the subject).

62) Nordenfelt, 2007, p.8

63) 한편 노르덴펠트에 따르면 “한 주체의 건강을 자기 자신이 설정한 목표를 실현하는 능력과 동일한 것”으로 보는 것은 그의 고유한 견해는 아니며 원래는 분석철학자인 캐럴라인 위트벡(Caroline Whitbeck, "A Theory of Health," *Concepts of Health and Disease: Interdisciplinary Perspectives*, Addison-Wesley Publishing Company, 1981.)과 잉마르 뢰른(Ingmar Pörn, "An Equilibrium Model of Health," Lennart Nordenfelt and B.I.B. Lindahl eds., *Health, Disease, and Causal Explanation in Medicine*, D. Reidel Publishing Company, 1984.)이 각자 독자적으로 제시한 것이다. 위트벡은 건강이란 “한 개인이 광범위하고 다양한 상황 속에서 적절하게(개인의 목표, 계획, 동기들에 지원이 될 수 있는 방식으로) 행동하거나 대응할 수 있는 심리생리적 능력”(Whitbeck, 1981, p.620)이라고 정의하여 소극적 개념으로 정의되어왔던 건강 개념을 적극적인 개념으로 바꾸어놓았다.

64) Nordenfelt, 1987[1995], p.xi.

65) “A is completely healthy if, and only if, to reach all his or her vital goals”(Nordenfelt, 2007, p.7).

르덴펠트에게 있어 '목표'(goals)는 자신의 규범주의적 이론과 부어즈의 자연주의적 이론으로 대표되는 건강에 관한 대표적인 두 개념에서 공통되는 중요한 개념이다. 노르덴펠트에 따르면, 가장 일반적인 관점에서 “목표”라고 하는 용어는 사건의 결과의 결말인 형세를 가리키며 그것들은 자연적인 사건이거나 행위이다.⁶⁶⁾ 그러나 이러한 일반적인 해석은 다음과 같이 이상적인 목표 설정이라는 주관적인 의도와 사실상 접근 두 가지 방식으로 구체화될 수 있다. 먼저 사람들은 이상적인 목표를 세울 수 있는데 이는 ‘의도’와 ‘욕망’과 밀접한 관련성을 지니고 있다. 반면에 한 개인이 가지는 사태에 대한 사실상의 접근은 사실상의 목표(factual goals)가 된다.

그러나 노르덴펠트에게 인간의 ‘중요한 목표’는 먼저 한 인간의 ‘기본적인 필요(need)’에서 나오는 것인 동시에 그가 자기 전 생애에 걸쳐서 자기 자신을 위해 설정한 목표를 가리킨다.⁶⁷⁾ 그는 이를 건강 개념에 대입하기 위해서 건강한 사람이 성취할 수 있는 일련의 목표가 무엇인지 살펴보며 ‘건강한 사람이 그의 행위를 통해 실현할 수 있어야 하는 목표는 무엇인가?’(‘What are the goals that a healthy person must be able to realize through his actions’)라는 질문을 설정한다.⁶⁸⁾ 이때의 목표는 인간의 주관적 의도를 내포하고 있는 이상적 목표의 개념에서 출발하며, 그 기준이 되는 것은 앞서 살펴본 것처럼 첫째, 중요한 목표(vital goals)는 인간의 필요(human needs)의 관점에서 규정되어야 하고, 둘째, 행위자 자신이 설정한 목표의 관점에서 정의되어야 하는 것이다.⁶⁹⁾

노르덴펠트는 우선적으로 인간의 기본적 필요에 의해 결정되는 중요한 목표가 건강의 보편적 개념의 가능성을 지니고 있다고 주장한다. 그 기본적 필요가 모든 인간에게 공통적으로 적용될 수 있기 때문이다. 그러나 이때의 기본적 필요의 영역은 주로 생존에 국한된다. 노르덴펠트는 인간이 보통은 생존 그 이상의 중요한 목표를 지니고 있다는 점⁷⁰⁾에서 기본적 필요에서 나오는 중요한 목표로

66) Nordenfelt, 1987[1995], p.17.

67) Nordenfelt, 1987[1995], p.xv.

68) Nordenfelt, 1987[1995], p.53.

69) (Nordenfelt, 1987[1995], p.55; pp.76-78.

70) 생존에 대한 욕구는 매슬로우(Maslow)의 욕구단계 이론에서도 최하위를 차지하며 모든 인간에게 공통, 보편적인 것을 특징으로 한다. 노르덴펠트 또한 이러한 매슬로우의 욕구단

서의 건강이 포함될 수 있는 영역이 좁다고 본다. 그것은 건강이 단지 질병의 부재에만 국한될 수 있는 여지를 주기 때문이다. 또한 이는 노르덴펠트가 부어즈의 건강 개념을 분석할 때 부어즈의 건강 개념에서 가장 중요한 (사실상의) 목표가 생존과 재생산이라고 보고 건강을 이에 국한해서 설명하려고 하는 것에 대해 비판하기 위하여 자신의 건강 이론을 전개해 나갔다는 사실에서도 찾아볼 수 있다.

그러므로 노르덴펠트는 건강을 주관적 목표 내지 이상적 목표로서의 개념, 즉 개인이 스스로를 위해 설정한 목표로서 보는 두 번째 방식에 대해서 설명하려고 한다. 그에 따르면 한 개인의 중요한 목표는 "그의 최소한의 장기간의⁷¹⁾ 행복한 상태를 실현하는데 필요한 사태"이다.⁷²⁾⁷³⁾ 노르덴펠트는 이와 같은 해석의 결과로서 사람들이 실현하거나 계속 간직하고자 하는 것들의 상당 부분이 이러한 중요한 목표에 속한다고 주장한다. 그리고 이것에 대해서는 순위(선호도)가 따르기 마련이다. 또한 그 선호도는 그 개인이 가지는 특징(내부적 요소)이나 외부적 요소들에 따라서 달라질 수 있다.⁷⁴⁾

계 이론에 따라서 인간의 필요에 따라서 중요한 목표를 설정하는 것은 단지 필요조건에 해당한다고 본다(Nordenfelt, 1987[1995]: 60).

71) '행복'(happiness)은 감정과 기분의 문제이기 때문에 어느 정도의 기간의 상태로 파악되어야 한다(Nordenfelt, 1987[1995]: 87-88).

72) "a state of affairs which is necessary for the realization of this person's state of minimal long-term happiness"(Lennart Nordenfelt, "On the Notion of Health as Ability," *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, vol.3 1996, p.49.)

73) 노르덴펠트는 이후에 이 개념을 "한 개인에게 있어서 중요한 목표는 그 주체의 최소한의 장기간 행복의 필요충분조건이 되는 사태"(a person's vital goals are the states of affairs which are such that they are necessary and jointly sufficient for the subjects's minimal long-term happiness)라고 보다 명시적으로 정리하였다(Nordenfelt, 2000: 86).

74) 한편 노르덴펠트는 중요한 목표라는 추상적인 개념을 보다 구체화하기 위해서, 원한다는 점에서는 중요한 목표와 유사하지만, 개인에게 선호되고 주관적인 중요한 목표들과 구분해야 할 몇몇 개념들에 대해서 설명한다. 우선적으로 미미한 소원(trivial want)은 이루어지길 바라지만 꼭 그것이 이루어지지 않더라도 별로 상관이 없는 것이다. 이에 더하여, 술에 취하고 싶다는 것과 같은 반생산적인 소원(counterproductive want) 또한 중요한 목표가 될 수 없다. 그 이유는 술에 취하는 것은 장기간의 행복에 기여해야 할 중요한 목표와 달리 궁극적으로는 장기간의 고통 끝에 불행(unhappiness)로 이어지는 결과를 초래하기 때문이다. 또한 비합리적인 소원(irrational want)은 다른 중요한 소원과 충돌하는 경우로, 이때는 비합리적인 소원과 중요한 목표가 양립할 수 없다는 것을 깨달은 사람이 그의 중요한 목표가

이 때문에 이처럼 중요한 목표를 설정하게 될 때는 그 적정한 기준을 무엇인가에 대한 의문이 제기된다. 이는 단순히 능력이 있음의 문제가 아니며 각 사람들이 자신의 목표를 설정하는데 있어서 영향을 미치는 다른 요소들도 고려해야 함을 의미한다. 예를 들면, 노르덴펠트는 사람들이 계획을 세울 때 미래에 대한 불확실성 때문에 조심스러워하는 경향이 있음을 지적한다.⁷⁵⁾ 이러한 조심성은 사람들은 자신들에게 어느 정도의 능력이 존재한다는 사실뿐만 아니라 그 능력이 또한 언제든지 사라져버릴 수도 있다는 사실 또한 깨닫게 만든다. 그 결과, 사람들은 안정을 추구하면서 선을 넘어서지 않는 목표를 설정하게 되기도 한다. 그러한 이유로 목표 수준이 너무 낮아지는 경우에는 그것을 달성하기가 너무 쉬워서 그것이 과연 건강한 상태라고 여겨질 수 있느냐에 대한 의문도 제기된다.

이와 관련한 예시로서, 노르덴펠트는 죽어가는 사람, 특히 자신의 운명에 체념한 사람이 과연 높은 수준의 건강을 누리고 있는지를 묻는다.⁷⁶⁾ 또한, 정신적인 장애를 지녔거나 천성이 매우 게으른 사람들이 달성하기 매우 쉬운, 아주 낮은 수준의 목표를 지니고 있고 이들이 그 쉽게 달성하는 목표를 이뤄냈기 때문에 건강하다고 규정할 경우, 한 개인이 스스로 정한 목표를 달성할 수 있느냐에 따라서 그가 건강하다고 평가할 수 있는 것의 맹점을 지적한다. 그러므로 노르덴펠트는 개인의 주관에 의존하여 그 개인의 주관적 목표가 너무 낮아지거나 혹은 그의 목표 달성에 방해가 되는 방식(반생산적인 방식)으로 작용할 수 있는 점에서 목표의 “질”에 대해서 최소한의 요건이 필요하다고 주장한다.

또한 목표를 설정해야 한다는 점은 그러한 능력이 인간에게만 특정된 능력이

더 높은 수준의(more important) 소원이라는 사실 또한 깨닫게 된다. 또한 노르덴펠트는 우리가 원하지 않았으나 우리의 중요한 목표에 포함될 수 있는 것들도 존재함을 지적한다. 예를 들면, 어떠한 의식적인 목표 또한 갖고 있지 않은 게으른 사람이 자신의 이러한 특성으로 인해서 스스로를 고통에 빠지게 만드는 현실을 깨닫게 된다. 노르덴펠트는 의식주에조차 관심을 갖지 않는 이들의 사례를 통해 이러한 사람들의 장기간 최소한의 행복은 의식주와 같은 기본적인 문제가 해결되도록 동기를 부여하고 이 때문에 (생존과 같은) 기본적인 목표가 모든 사람의 중요한 목표에 속한다는 것을 지적한다(Nordenfelt, 1996, pp. 49-50) 이점에 있어서 중요한 목표는 인간의 필요라는 객관적인 사실의 목표와 이상적이고 주관적인 목표의 성격을 모두 가진다고 할 수 있을 것이다.

75) Nordenfelt, 1987[1995], pp.66-67.

76) (Nordenfelt 1987[1995], pp.74-75.

라는 점에서 인간 외의 다른 고등동물에게는 적용될 수 없다는 단점을 낳는다. 그리고 이는 더 나아가 “건강”과 “병”(illness)의 개념을 온전하게 적용하는데 있어서 문제가 된다. 노르덴펠트는 특히 이들 용어를 식물학적 관점에서 사용하였을 때 문제가 되는 점을 지적한다. 예를 들면 싱싱하게 자라나 꽃과 열매가 잘 열리는 나무는 객관적인 혹은 소극적인 의미에서는 건강하다고 평가될 수 있다. 그러나 식물은 자기 스스로를 위해 목표를 설정할 수 있는 능력, 즉 이상적 목표를 설정할 능력을 보유하고 있지 않다.⁷⁷⁾

노르덴펠트는 또한 성장할 경우 자신의 목표를 스스로 설정할 능력의 잠재성을 타고난 갓난아기도 막 태어났을 때는 주관적인 의도를 지닐 정신적 능력을 지니고 있지 않음을 인정하면서 그 갓난아기의 건강에 대해서 평가할 때는 주관적인 목표가 개입될 여지가 없기 때문에 이를 객관적 기준의 필요성으로 삼고 있다.

그러한 이유로 노르덴펠트는 중요한 목표의 “질”의 최소한의 요건이 되는 건강의 기준으로서 인간의 안녕(human well-being)을 제시한다. 이때 노르덴펠트가 의미하는 안녕(well-being)은 ‘행복’(happiness)이다. 노르덴펠트에 따르면 행복은 고대에 이를 ‘쾌락’(pleasure)이나 ‘만족’(satisfaction)과 동일시했던 것과 달리, 행위자의 감정과 기분(emotion and mood)과 같은 주관적인 상태로 파악되어야 한다.⁷⁸⁾ 그러나 그것은 다차원적인 것으로 그 ‘완전성’(completeness)⁷⁹⁾, ‘강도와 빈도’(intensity and frequency)⁸⁰⁾, ‘충만함’(richness)⁸¹⁾, ‘지속되는 기간’(duration)⁸²⁾의 측면에 질적, 양적 평가가 가

77) Nordenfelt, 1987[1995], p.76.

78) Nordenfelt, 1987[1995], p.81.

79) 이때 노르덴펠트가 말하는 ‘완전성’은 감정적인 차원(emotional sense)에서 행복을 느끼는 주체가 자신의 전체 삶의 상황에서 행복한 경우만이 완전하다고 말할 때를 의미한다. 부분적인 행복은 부분적인 불행과 공존할 수 있기 때문에 상황에 따라서는 행복을 보장해줄 수 없기 때문이다(Nordenfelt, 1987[1995]: 87)

80) 노르덴펠트를 행복과 관련된 감정으로 기쁨(pleasure)이 강하게 혹은 약하게 느껴질 수 있으며 일정한 시간에 걸쳐 자주 느낄 수도 있고 그렇지 않을 수 있다는 수량적 측면을 강조하고 있다. 특히 빈도와 관련해서는 외부 세상에서 일어나는 사건과 관련이 있기 때문이다. 그러나 노르덴펠트가 어떤 감정에 있어서는(예를 들면 우울 등과 같은) 강도와 빈도는 그것을 느끼는 사람은 내적 요인에서 오는 것을 부정하는 것은 아니다(Nordenfelt, 1987[1995], p.87).

능하며 이는 목표의 성취의 결과로 나타난다.⁸³⁾ 그러므로 감정으로서의 행복은 이처럼 목표를 성취한 결과로 얻어지는 상태이기 때문에 중요한 목표로서 성취된 건강은 행복에 중요한 기여를 한다고 본다.⁸⁴⁾

이에 따라, 노르덴펠트는 건강을 한 개인이 그의 중요한 목표로 설정한 최소한의 행복한 상태에 도달하는데(혹은 그 상태를 달성하기 위해) 필요한 능력으로 파악한다.

4. '목표를 달성하는 능력으로서 건강' 개념에 대한 비판

그러나 노르덴펠트의 전체론적인 건강 개념은 부어즈의 건강 개념이 가지는 장점들과 맞물리는 단점에서 자유롭지 못하다.

이는 노르덴펠트가 부어즈의 건강 개념을 비판하고 있음에도 불구하고 여전히 후자의 건강 개념이 보건의료 실무에서 표준으로 여겨지는 것과도 관련이 있다. 한 개인의 삶에서의 주관적인 측면을 강조하는 전체론적인 건강 개념은 보건의료 특히 임상 분야에서 적용되어야 할 치료의 범위를 확정해줄 수 없다는 문제가 있다.

예를 들면, 슈크람은 노르덴펠트의 건강 개념이 가지는 장점을 인정하면서도 이것이 의료화(medicalization)의 관점에서 문지기 역할을 제대로 하지 못한다고 비판하고 있다.⁸⁵⁾ 그는 사람이 아프고(ill), 단지 목표 달성의 실패, 슬픔, 외로움과 같은 손상(impairment)으로 고통스럽지 않은 이유를 설명하기 위해서는

81) 충만함은 실현되거나 실현되기로 약속되어 있는 목표들의 다양한 측면을 구성하고 있다고 말한다(Norddenfelt, 1987[1995]. p.87).

82) 행복은 감정(emotion)이나 기분(mood) 양자의 관점 모두에서 시간적으로 지속되는 성격이 있어서(Nordenfelt, 1987[1995], pp.87-88) 수량화가 가능하다.

83) (Nordenfelt, 1987[1995], pp. 86-87.

84) Nordenfelt, 1987[1995], p.88: 앞서 “중요한 목표”는 한 개인이 원한다는 것(wants)을 전제로 한다(Nordenfelt, 2000, p.86). 그러나 그것이 꼭 의도적인 목표일 필요도 없으며 목표의 실현이 행위자 자신에 의해 이루어질 필요도 없다. 노르덴펠트는 원하는 선물을 받은 사람이나 좋은 날씨를 바라던 사람이 날씨가 좋아 행복감을 느끼는 예시를 통해서 이를 보여준다(Nordenfelt, 1987[1995], p.89). 즉, 행복의 개념에서는 바라는 바가 이루어지는 것이 중요한 것이다.

85) Schramme, 2007, p.12.

노르덴펠트 식의 건강 개념보다는 부어즈 식의 과학적인 건강 개념이 더 설득력을 갖는다고 주장하는데 이는 정신과에서 명백한 예시들을 제공한다. 특히 슈크램은 인생에서의 온갖 문제를 의학적 비정상성(medical abnormality)으로 살펴 보게 된다면, '반정신의학에 관한 멸시'(the contempt of antipsychiatry)가 완전히 틀린 것은 아니라고 주장한다. 그러므로 건강에 대한 정의를 의학에 국한시키지 않을 경우에는 모든 종류의 삶의 문제들을 의료화하는 결과를 초래하게 될 수도 있다.⁸⁶⁾

노르덴펠트가 주장하는 건강 개념은 그것이 포괄하는 범위가 지나치게 넓기 때문에, 한 개인의 주관적인 행복을 해치게 되는 결과가 모두 건강을 해치거나 질병으로 여겨지는 결과로 이어질 수 있다. 예를 들면, 사랑하는 사람과의 사별로 인하여 우울증세를 보이는 경우처럼 (일시적으로) 행복하지 않은 경우가⁸⁷⁾ 있다. 또한 현대사회에서는 과거에는 삶의 과정에서 자연스러운 현상으로 시간이 흐르면 회복되거나 의학적 개입 없이 낫아도 삶의 질에 아무런 영향을 미치지 않는 증세마저도 첨단 의료기술의 발전으로 인해 조기에 진단하고 모두 의학적 개입이 필요로 하는 측면이 나타난다. 또한 오늘날 사회구조적 차원에서의 정신건강의 문제에 대한 우려가 제기되고 있다는 것⁸⁸⁾과 한국사회에서 '힐링'(healing)이나 '트라우마'(trauma)라는 용어가 정신의학이나 심리학적인 의미에서 남용되고 있다는 것⁸⁹⁾도 노르덴펠트가 제시하는 광의의 건강 개념이 오용될 때의 한계를 보여준다. 이러한 예시들은 특히 슈크램이 주장하는 것처럼⁹⁰⁾, 사람들이 단순히 기분이 나빠지거나 불편함을 느끼는 것과 의학적으로 비정상적으로 여겨질 수 있는 경우는 밀접한 관련성을 지니고 있지만 별개의 사안임을 잘 보여준다. 그러므로 건강 상태의 객관적 혹은 과학적 측면 및 주관적

86) Schramme, 2007, pp.12, 15.

87) 그러나 앞서 살펴본 것처럼 DSM-5에서 애도 우울증이 우울증에서 제외된 것은 사별로 인한 일시적인 정신적 건강의 손상이 시간에 따라 자연스럽게 회복될 수 있는 증상이므로 의학적 개입이 필요 없음을 보여주는 것이라고 할 수 있다. 실제 보건의료 실무에서는 자원의 희소성 문제와 관련해서 건강 개념을 엄격하게 해석할 필요가 있다.

88) 물론 이러한 현상을 관찰하고 분석하는 것은 분명히 오늘날 사회에서는 필요한 일이다.

89) 이러한 경우들은 정신적인 스트레스의 해악을 강조함으로써 슈크램이 지적하는 과잉 의료화의 측면을 잘 보여준다.

90) Schramme, 2007, p.12.

혹은 평가적 측면은 반드시 구별되어야 할 필요가 있다.⁹¹⁾

또한, 노르덴펠트의 건강 개념은 한 개인의 행복을 기준으로 하고 있다는 점에서 건강이 지니는 사회적 의미를 간과할 수 있는 부분도 있다. 실제로 건강 문제는 개별 인간의 차원에서뿐만 아니라 거시적인 사회 구조에서도 살펴보아야 한다. 예를 들면, 한 사람이 빈곤으로 인하여 건강하지 못한 상태에 놓인 경우, 그 개인에게도 불행하지만 그의 가족들에게도 부정적인 영향을 미치게 된다.⁹²⁾ 특히 건강하지 못한 상태는 그가 경제적인 활동을 할 수 없게 되는 경우에 해당할 때가 많다. 아픈 이가 그 가정의 유일한 혹은 주된 수입원이라면 그가 경제적 활동을 할 수 없으므로 그 가정은 더 빈곤한 상태에 이르게 되고 다른 가족 구성원들은 악화된 경제적 지위로 인하여 교육을 중단해야 하거나, 환자 간병에 매달림으로써 자신의 시간을 소모해야 하는 등, 각자 행복을 추구할 수 있는 능력이 감소하게 된다. 그리고 이러한 가정들이 늘어날수록 그 사회의 경제 발전에 악영향을 미치거나 전반적인 사회구성원들의 행복도가 떨어지는 등 사회 전체의 문제로 확대된다. 반대로 신체적으로 건강하고 이를 기초로 하여 밖에 나가 유급 노동을 할 수 있는 사람은 이를 통해서 자신의 사회적 위치를 강화하고 타인에 대한 의존에서 벗어남으로써 목소리를 낼 수 있다.⁹³⁾ 그리고 이처럼 한 사회에서 종속적인 위치에 놓여 있던 개개인들의 사회경제적 지위가 전반적으로 올라감으로써 개인과 그 개인이 속한 전체 사회의 건강지표가 개선되는 모습을 실제로 보여주는 것은 인도 케랄라 주의 사례이다.⁹⁴⁾ 케랄라 주는 인도에서 가

91) 그러므로 슈크람은 가치-판단이 나쁜 건강 상태(ill health)의 결정적인 요소일 때 증상이 없는 질병 및 특정한 신체 부위 절단과 같은 문화적으로 권장되는 상태를 설명하는 어려움이 있다는 것을 지적한다(culturally praised conditions)(Schramme, 2007:12). 그러한 이유로 슈크람 또한 건강에 관한 협의의 개념이 필요함을 강조한다. 그에 따르면, 이 개념의 경계는 의학적 정상성(medical normality)에 의해 결정되며 의학적 정상성은 건강에 관한 충분조건이 되어야 하고 병리(pathology)는 건강하지 못한[ill health]상태의 필요조건이 되어야 한다(Schramme, 2007: 15).

92) 그러한 이유로 센은 빈곤이 단순한 저소득의 문제가 아니라 기본적 능력의 박탈로 이해되어야 한다고 주장한다. 이로 인해서 수명이 줄어들고, 영양실조에 걸리며 질병 노출되고, 문맹을 비롯한 다른 분야에서의 실패가 야기될 수 있다(Sen, 1999[2001]: 40).

93) Amartya Sen, *The Ideas of Justice*, 2010. 이규원 옮김, 『정의의 아이디어』, 지식의 날개, 2019, p.109.

94) Amartya Sen, "Missing Women," *BMI*, 304, 1992, p.587.

장 가난한 지역임에도 불구하고 공중보건이나 교육제도가 잘 마련되어있고 여성들의 문해율도 높으며 이들이 외부에서 경제활동을 할 수 있고 재산상속권 등이 인정됨에 따라, 남녀 성비가 1990년 현재, 1.04로 자연 상태에서의 남녀 성비가 가깝고, 평균기대여명에 있어서 여성이 73세, 남성이 67세라는 점에서, 삶의 목표를 추구할 수 있는 능력이 인도 다른 주들보다 높은 지표를 보여주고 있다. 이러한 사실이 중요한 것은 케랄라 주를 제외한 인도에서는 생물학적인 요건만 놓고 봤을 때, 남성보다 생존에 유리한 여성들이 남녀 차별로 인해 생존에 크게 영향을 받아 성비에 있어서도 남성보다 적고, 똑같은 조건상에서는 더 길어야 할 기대 여명에도 별 차이가 없기 때문이다.

실제로 노르덴펠트의 이론의 비판자 중에서 벤카타푸람은 이와 같은 노르덴펠트의 건강 이론에 대하여 그가 건강을 중요한 목표를 달성한 능력으로 그럴 듯하고 일관되게 설명하지만 이것이 개별적인 수준에서만 논의되는 점을 지적한다. 벤카타푸람에 따르면, 공동체를 구성하는 구성원의 중요한 목표가 무엇인지에 관하여 그 공동체에서 합의된 중요한 가치가 있음에도 불구하고 노르덴펠트의 이론은 그 사회적 규범이 한 구성원 개인의 중요한 목적을 성취하게 하는 능력을 손상시키거나 혹은 특정한 종류의 가치를 지니는 인간의 기능이 특정 사회에서 작동하는 규범에 의해 그 가치를 인정받지 못하는 경우들(예를 들면 여성의 섹슈얼리티나 사망률 등과 관련된 기능들⁹⁵⁾)을 제대로 인식하지 못할 가능성이 있다.⁹⁶⁾ 이는 그 공동체 내에서 각 개개인의 주관적인 선호도를 비교할 수 있는 기준이 설정되어 있지 않기 때문이다.

각 개개인들은 서로 다른 존재이고 각자의 주관적인 선호도를 지니고 있다. 그렇기 때문에 최대한 공평하게 각 개개인의 주관적 선호도를 충족시킬 수 있기 위해서는 그것을 비교할 수 있는 객관적인 기준이 필요하게 된다. 건강 문제와 관련해서는, 각 개개인이 자신의 중요한 목표를 달성하는데 있어서 필요한 건강 수준은 그 개개인의 주관적 관점뿐만 아니라 외부의 객관적 관점을 필요로 한다. 더 나아가, 벤카타푸람은 한 사회에서 개인의 주관적 관점과 그가 속한 사

95) 이에 대해서는 다음 장에서 보다 구체적인 사례들이 소개될 것이다.

96) Venkatapuram, Sridhar Venkatapuram, *Health Justice: An Argument from the Capabilities Approach*, Cambridge: Polity, 2011, p.43.

회의 객관적 규범이 일치할 때라도 여전히 그것이 그 사회에 속하지 않는 이들이나 미래 세대들의 중요한 목표를 훼손시킬 가능성이 있다는 것도 지적한다.

즉, 노르덴펠트의 건강 개념은 협의의 건강 개념에 포섭되지 못하는 주관적인 부분을 포괄한다는 장점에도 불구하고, 그것이 개별 사례에서의 의료 개입의 정도를 결정하는 등에 필요한 '기준'의 결여라는 한계에서 자유롭지 못하며 이는 부어즈의 건강 개념이 제시하는 기준과 상호 보완되어야 함을 보여준다.

5. 소결: 중층(重層)적 개념으로서의 건강

지금까지 살펴본 건강 개념을 협의로 파악하는 입장(자연주의적 입장)과 광의로 파악하는 입장(규범주의적 입장)은 1970년대 이후 현재까지도 그 논쟁이 지속되고 있다. 그러나 조지 쿠쉬프(George Khushf)가 지적한 것처럼 이와 같은 이분법 내지 양자택일적 입장 대립은 오히려 건강 개념의 중요한 특징을 포착하지 못하고 있다.⁹⁷⁾ 더 나아가 쿠쉬프는 건강 개념의 자연주의적 입장이나 규범주의적 입장 모두 실제로는 같은 의학적 모델을 다른 방식으로 바라보는 것에 불과하다고 주장한다⁹⁸⁾.

실제로 건강 개념은 사안에 따라서 협의의 개념이 보다 유용하게 적용되는 경우도 있고 광의의 개념이 보다 적합한 경우도 있다. 더욱이 앞서 살펴본 것처럼, 노르덴펠트의 광의의 건강 개념이 부어즈의 협의의 건강 개념을 완전히 포섭하지 못하는 경우가 존재하기 때문에 건강 개념을 단순히 협의와 광의의 이분법적 대립으로만 파악할 수 없을 것이다. 이는 이 장에서 살펴보았던 여성의 재생산 영역에서 명확히 드러난다. 여성의 재생산 관련된 영역은 특히 임신과 출산은 협의의 건강 개념으로도 광의의 건강 개념으로도 완벽하게 포착되지 못한다. 더욱이 여성의 재생산이 자연주의적인 건강 개념과 결합할 때는 성차별이 공공연하게 이루어지고 있는 사회에서 과학기술 지식의 이름하에 숨어있는 정치적인 규범이 비가시화되는 부작용을 낳기도 한다.⁹⁹⁾

97) George Khushf, "An Agenda for Future Debate on Concepts of Health and Disease." *Medicine, Health Care, and Philosophy*, vol.10, 2007.

98) Khushf, 2007, pp.19-20.

부어즈의 협의의 건강 개념은 수많은 비판에도 불구하고 여전히 의생명과학 분야에서 주류적인 입장이다. 그러나 앞서 살펴본 예시에서처럼 질병을 제거한다고 해서 건강하게 되는 것이 아니다. 그 점에서 노르덴펠트의 광의의 건강 개념은 부어즈의 협의의 건강 개념 및 의학계에서 간과하게 되는 건강과 관련된 문제를 가시화해주며 과학기술이라는 이름하에 교묘하게 숨겨진 규범을 드러내기도 한다. 그럼에도 불구하고, 노르덴펠트 또한 너무 주관적인 입장에 치우친 나머지, 범위가 넓어지고 내용을 구체화할 수 없다는 점을 비판하면서 부어즈와 같은 협의의 과학적, 객관적 건강 개념을 통해 이를 한정시켜야 한다는 반론이 다시 제기된다.

그러므로 건강 개념을 단순히 협의로 파악하느냐 광의로 파악하느냐의 이분법적인 대답은 소모적인 것이다. 여전히 의학과 약학과 같은 전문적인 영역에서는 기본적으로 협의로서의 건강 개념에 따라서 치료를 하고 치료제를 개발해야 할 필요가 있으며 넓은 의미의 건강은 이들 영역에서는 부차적인 문제이기 때문이다. 또한 협의의 건강 개념을 부인하는 것이 아님에도 불구하고 광범위한 인간의 삶의 질의 관점에서 건강을 파악하려는 광의의 건강 개념 또한 종종 협의의 건강 개념이 적용되어야 하는 상황을 놓치게 되는 우를 범할 수 있다. 그러므로 건강 개념은 협의나 광의나 이분법적 구도보다는 분야와 사안에 따라서 협의의 개념이나 광의의 개념이 적절히 사용될 수 있는 중층적인 개념으로 파악될 필요가 있다. 이때 중층적인 개념으로서의 건강은 각 사안에 따라서 적용되는 그 범위가 달라질 수 있는 복수적인(plural) 층위의 범위를 지닌 건강 개념을 의미한다. 즉 협의와 광의의 건강 개념이 각각 독립적으로도 의미가 있음에도 불구하고, 앞서 살펴본 사례들에서처럼 협의의 개념이 적용된 사례에서 광의의 개념의 의해 확장될 필요가 있는 경우도 존재하고 광의의 개념이 적용된 사례가 협의의 개념에 의해 제한, 축소될 필요가 있는 경우도 존재하기 때문이다.

물론 협의 내지 자연주의적 건강 개념 및 광의 내지 규범주의적 건강 개념의 논쟁은 그 과정 속에서 건강이 함축하는 의미에 대한 우리의 사고를 보다 확장시켜주는데 기여하였다. 그러나 오늘날 건강의 내용이 기본권이나 인권에서 중

99) Svenaues, 2013, p.227.

요한 부분으로 포함되고 있는 현실에서 관련 정책을 마련할 때는 개념의 범위를 둘러싼 논쟁에 천착하기보다는, 각 상황과 맥락에 따라 달라질 수 있는 이들 개념의 범위를 모두 인정하고 적절하고 적용할 필요가 있다. 이에 대해서는 다음 장에서 계속 상세하게 살펴볼 것이다.

III. 벤카타푸람의 '메타 역량'으로서의 건강

앞서 2장에서는 건강 개념을 둘러싼 자연주의적 입장과 규범주의적 입장 간의 논쟁을 토대로 건강 개념은 이 두 입장을 모두 아우르는 중층적인 의미를 지녀야 한다고 결론을 내렸다. 스리다 벤카타푸람(Sridha Venkatapuram) 또한 건강 개념 논쟁으로부터 노르덴펠트의 규범주의적 입장에 마사 너스바움의 핵심 인간 역량을 결합함으로써 '메타 역량으로서의 건강'이라는 새로운 건강 개념을 도출해냈다. 이 장에서는 '메타 역량으로서의 건강'과 이에 대한 비판을 함께 살펴본 후, 건강 개념이 중층적으로 파악되어야 하는 이 논문의 주장의 근거를 강화시키고자 한다.

1. '메타 역량'으로서의 건강

(1) 능력으로서의 건강 개념에 대한 비판

벤카타푸람은 '건강'(health) 내지 '건강할 역량'(capability to be healthy)을 "한 사람의 기본 인간 활동의 집합을 성취하거나(획득하거나) 수행할 수 있는 능력"으로 "(그렇게 성취되는) 활동은 무엇이 현대 세계에서 동등한 인간 존엄성의 가치를 갖는 삶에 관한 최소한의 개념을 구성하는가에 대한 추론을 통해 구체화되는 것"이라고 정의한다.¹⁰¹⁾ 이것은 앞 장에서 살펴보았던 부어즈의 건강 개념과 노르덴펠트의 건강 이론을 비교, 비판하고 후자에서 영감을 얻되, 이를 수정, 확대시키는 방향으로 이루어진 것이다.

건강을 한 개인의 행복 추구를 목적으로 하는 일종의 능력으로서 파악한 노르덴펠트의 이론은 '건강 = 중요한 목표를 달성하기 위해 필요한 능력'으로 일관

100) "A person's ability to achieve or exercise a clubster of basic human activities.": 그러나 벤카타푸람은 저서 Health Justice(Venkatapuram, 2011)에서 그 자신의 '건강 개념화'(conception of health)를 정의하면서 '기본 인간 활동'(basic human activities)과 '기본 역량'(basic capabilities)을 혼용하여 사용하고 있다.

101) Venkatapuram, 2011, pp.42-43; p.143.

되게 설명하고 있다는 점은 분명히 부어즈식의 좁은 건강 개념보다는 진실보한 것이다. 그러나 그 중요한 목표를 성취하거나 추구하는 능력을 기르는데 있어서 외부적인 요소들, 구체적으로 살펴보면 사회와의 관계 속에서 조망하지 않고 개인의 개별적 수준에 머무는 것은 그 이론의 약점으로 꼽힌다. 이는 노르덴펠트가 ‘능력’을 개인의 차원에 속하는 것으로 정의하고 있기 때문이다.¹⁰²⁾

한 공동체에서 그 공동체가 하나의 전체로서 추구하는 중요한 목표에 따른 중요한 가치, 즉 사회적 규범이 존재할 때, 이와 같은 이론은 그 사회적 규범과 현저하게 다른 종류의 가치관을 지니는 개인이 그 가치관을 존중 받지 못하는 경우를 제대로 인식하지 못하거나 설명하지 못할 수도 있다.¹⁰³⁾ 이를 잘 보여주는 대표적인 예로는 성소수자의 섹슈얼리티를 들 수 있다. 성소수자들에게 있어서 섹슈얼리티는 그들의 정체성과 밀접한 관련이 있다. 그러나 그들이 속한 사회에서는 이것을 부정한다. 그들은 자신의 섹슈얼리티를 스스로 밝히는 것과 관련해서도 이로 인해 사회가 그들에게 가하는 불이익을 감수할 것인지 고민해야 한다. 또한 이에 관해서 그들의 의사에 상관없이 제3자가 폭로하는 방식의 아웃팅(outing)은 그들이 일상생활을 영위할 수 없을 정도로 심각한 타격을 입힌다. 섹슈얼리티는 개인이 행복을 추구하는데 있어서 중요한 부분을 차지한다. 그럼에도 불구하고 성소수자들은 자신들의 속한 사회에 의해 그것을 인정받지 못할 뿐만 아니라 오히려 그들의 섹슈얼리티가 그들이 그 사회 구성원으로서 살아가면서 누려야 할 역량을 옹아매는 요인이 된다.

또한, 중요한 목표를 성취하는데 있어서, 한 개인이 속한 사회에서 통용되는 규범이 그 개별 구성원이 추구하려는 그것을 달성할 수 있는 능력을 방해하기도 한다.¹⁰⁴⁾ 이러한 양상은 특히 전근대적인 가부장제 사회에서 당연시하게 여겨지는 여성 차별 문제에서 뚜렷하게 나타난다. 이와 같은 여성 차별의 문제는 현대

102) 이 때문에 노르덴펠트의 건강 개념이 각 개인의 건강이라는 목표에 더 치중하게 되고 일반적인 인간의 건강의 목표를 놓치게 될 수 있다는 비판도 존재한다. 예를 들면, 건강하지 못한 이들 즉, 환자들마다 건강 상태는 다 다르기 때문에 건강을 ‘개개인이 자신의 행복을 실현하기 위한 능력’으로 파악하게 될 경우에는 그 ‘개별적으로’ 상대화될 수밖에 없다는 것이다(Khushf, 2007, p.23).

103) Venkatapuram, 2011, p.43.

104) Venkatapuram, 2011, p.43.

의학에서조차 여전히 성인 남성을 기준으로 표준 치료법이 확립되어 있는 현실에서 엿볼 수 있다.¹⁰⁵⁾¹⁰⁶⁾ 현재 이러한 상황은 많이 개선되고 있음에도 불구하고 의학적 치료의 기준이 여전히 성인 남성 신체에 맞춰져 있다는 것은 성인 남성만이 ‘인간’이라고 여겨왔던, 가부장제적 관념이 남아있음을 보여준다고 할 수 있다.

최근까지 경시되어왔던 여성의 성적자기결정권 또한 한 개인이 속한 사회의 규범이 그 개인이 추구하는 중요한 목표를 성취하는 능력을 방해하는 경우에 해당한다. 표준적, 보편적 인간상으로 인정되는 성인 남성의 성적자기결정권은 행복추구의 내용으로서 당연히 여겨지지만 똑같은 인간으로서 인정받기 시작한 여성의 경우에는 그와 같은 행복추구의 구체적인 내용이 최근에서야¹⁰⁷⁾ 주목을 받기 시작했다.

위에서 언급한 사례 두 가지를 모두 함축하는 사례로서는 여성의 재생산과 관련하여 특히 월경과 관계된 문제를 들 수 있을 것이다. 대부분의 여성들이 살아가는 동안 가임기에 해당하는 상당 기간 겪게 되는 생리 혹은 월경(menstruation)은 지금도 공개적으로 언급하거나 생리혈이 노출되는 것이 금기시 되는 것에서 볼 수 있듯이 일종의 터부(taboo)로 여겨지고 있다. 이 현상을 겪는 동안 여성들은 자신의 몸 상태에 대해서 솔직하게 말할 수도 없는 것은 물론 그것을 겪고 있다는 것으로 인해 일종의 낙인이 찍히기도 한다.¹⁰⁸⁾ 월경 현

105) 그러나 오늘날 의학적 치료에서 생물학적 성으로 나뉘는 남성과 여성의 생리적 특징을 고려하는 것의 중요성은 부인되지 않으며 점차 성인지적 의료를 위한 논의와 임상 적용도 늘어나고 있는 추세이다. 예를 들면 이화여자대학교 산하 이화의료원은 2009년 3월부터 이대여성암병원을 운영하고 있다.

106) 또한 성별인지적 의료뿐만 아니라 연령별 맞춤 치료에 대한 논의도 비교적 최근에야 시작되었다. 이전까지는 성인 남성을 기준으로 하여 보다 체구가 작은 여성이나 어린이들, 고령자들은 약물 용량을 적게 투여하는 등의 방식으로 치료가 이루어졌지만 오늘날은 의학에서도 치료 그 자체뿐만 아니라 연령을 둘러싼 다른 사회적 요인들도 고려되어야 한다는 인식이 자리잡아 이를 치료에 적극 반영하려는 노력이 이루어지고 있기 때문이다. 예를 들면, 한국 의료계에서도 최근 몇 년간 한국 사회의 고령화에 발맞추어 고령집단의 공통된 생리적 특징을 고려하는 의학 연구와 임상진료가 늘어나고 있다.

107) 이는 오늘날 한국뿐만 아니라 세계 전역에서 이루어지고 있는 ‘미투’(Me, too) 운동에서 살펴볼 수 있을 것이다.

108) 한겨레신문, 2018년 11월 9일자 기사, “생리를 생리라 말하지 못하는 이유”, http://m.hani.co.kr/arti/culture/book/869522.html?_fr=nv#cb 접속일: 2018. 11. 9.

상은 그것을 겪는 여성에게 출혈, 복통, 피로와 같은 완벽한 건강 상태와는 다소 거리가 멀어 보이는 증상을 겪게 한다. 그렇다고 월경은 생물학적 여성의 삶의 특정 기간 중에는 자연스러운 신체 현상이지 병적인 증상이 아니다. 오히려 특정 연령대에 무월경 현상을 겪는 이들이 건강과 관련된 내용 중에서 중요한 부분 중 하나인 재생산과 관련하여 건강하지 못한 것이다.

위에서 살펴본 사례들이 발생하게 되는 이유는 그 사회에서 구성원들 개개인의 주관성을 비교할 수 있는 기준에 대한 합의가 마련되어 있지 않기 때문이다. 이는 그에 관한 완전한 객관적 기준이 존재하길 기대할 수는 없고 정치적 합의의 산물로서 도출되어야 하는 것임에도 불구하고, 한 공동체 내에서 각 개인의 가치관이나 목표와도 같은 주관성을 어느 정도까지 수용하고 보호해줄 수 있는 기준이 마련되지 않았을 경우에 그 안에서 통용되는 가치와 상이한 삶의 목표를 추구하는 이들은 그것을 인정받을 수 있는 근거가 부족하기 때문에 보호받지 못한다. 최악의 경우에 그들이 그 가치관에 따라 설정한 목표를 성취할 수 있는 능력마저도 발휘할 수 없게 된다. 그러므로 이들을 보호해줄 수 있는 외부로부터의 객관적 기준이 요구된다. 특히 이러한 월경 등 여성의 재생산과 관련된 부분은 전 세계의 다양한 상황과 맥락에 처한 여성들 중에서도 가임기 연령에 속한 여성들이라면 공통되는 건강 관련 문제에 해당한다. 그러므로 이는 정치적 합의보다는 인류 혹은 여성의 공통의 문제로서, 뒤에서 더 상세하게 살펴볼 너스바움의 핵심인간역량 목록과 같은 기준에 의해 규율될 필요가 있다.

또한, 한 사람이 그가 속한 사회에서 일반적으로 당연히 바와 다른 것을 자신의 중요한 인생의 목표 내지 행복추구의 내용으로 삼았을 때, 그것이 어디까지 용인될 수 있느냐에 대하여 결정하기 위해서는 어느 정도 객관적인 기준이나 지침이 마련되어 있어야 한다. 인간으로서 한 개인이 자신의 행복을 추구하는 것이 그가 속한 사회에서 통용되는 기준과 충돌할 때, 그것을 어디까지 보호해주느냐의 문제는 막연히 ‘그것이 공동체에 해가 되기 때문에 개인을 희생시켜야 한다.’ 내지 ‘인간에게는 행복을 추구할 권리가 있기 때문에 최대한 이를 인정해 주어야 한다’는 등의 추상적인 주장을 하는 것으로 해결되지 않는다. 개인의 행복과 공동체의 안녕 간의 균형을 이룰 수 있는 구체적이면서도 탄력적인 기준이

있어야 개인을 보호하면서도 공동체의 안녕도 담보할 수 있기 때문이다.

앞서 살펴 본 월경을 겪는 가임기 여성들의 사례도 이를 잘 보여준다. 여성들은 매달 겪는 생리 현상이 초래하는 불편한 증상 때문에 자신의 삶에서 중요한 기회를 놓치는 경우가¹⁰⁹⁾ 많고 그로 인하여 그 중요한 목표를 실현하지 못하게 된다. 그러한 이유로 현대 사회에서는 그러한 가임기 여성들의 특성을 배려하여 한국에서는 ‘생리휴가’와 같은 제도가 마련되기도 하였다. 하지만 생리기간을 보다 위생적이고 편안하게 보내기 위해서는 생리대는 필수불가결한 용품이며 더 나아가서는 그 여성의 건강과도 직결되는¹¹⁰⁾ 물건이다. 그러므로 월경을 겪는 이들에게 있어서 위생적이고 건강에 해롭지 않은 생리대는 사치품이 아닌 필수품이지만 생리대에 대한 인식이 것처럼 변화한 것은 비교적 최근이다. 가임기 여성들은 자신들의 신체적 건강과 일상생활의 안녕을 위해서 생리에 대해서 공개적으로 이야기하거나 이것이 노출되는 것을 금기시하기보다는 이와 관련한 요구를 보다 적극적으로 개진할 수 있어야 한다. 그러나 여전히 현실에서는 생리, 월경은 금기시되어 있고 이로 인해 고통을 겪을 뿐만 아니라 인간이라면 누려야 할 가장 기본적인 내용조차도 누릴 수 없는 이들이 존재한다. 예를 들면 월경을 부정한 것으로 보아 월경 기간 동안 여성을 격리시키는 관습이 있는 사회나 음식이나 생리대를 비롯한 기초적인 필수품조차 누릴 수 있는 곳에서 어린 학생들이 생리대가 없어 월경 기간 중에 학교를 결석해 학업에 지장을 받거나 월경 중인 여성들이 생업에 종사하지 못해 생계에 지장을 받는 일들이 지금도 이 세계에서 벌어지고 있다.¹¹¹⁾

이러한 월경과 관련된 금기가 타파되었을 때에서야 월경이 가임기 여성들의 자연스러운 생리현상으로서 인식되며, 다양한 여성들은 자신들의 건강과 삶의

109) 월경이 매우 자연스러운 현상임에도 불구하고 이것이 가져오는 증상의 불편함으로 인해 사회생활이나 자아 실현에서 중요한 계기가 되는 입시시험이나 입사 면접 등에 지장을 받게 되는 경우를 들 수 있다.

110) 이를 잘 보여주는 것은 최근 한국사회에서 벌어진 생리대 성분 파동이다. 생리대 성분이 문제가 되는 것은 그것이 접촉하는 신체 면이 독성성분을 피부보다 더 잘 흡수하기 때문이다.

111) 노지은, 「아시아 지역 월경 액티비즘과 성재생산건강권(SRHR)에 관한 연구」, 이화여자대학교 대학원 박사학위청구논문, 2016.

질을 추구할 수 있도록 목소리를 적극적으로 개진할 수 있다. 그에 따라 이 여성들 개개인의 요구가 그들이 살아가는 공동체에서 받아들여지는 범위의 기준이 마련될 수 있게 된다.

이와 같이 한 개인의 주관적 관점을 한정시켜줄 수 없는 노르덴펠트의 건강 이론의 취약점은 개인이 설정한 어떤 중요한 목표를 성취할 능력으로서 건강을 말할 때 정작 그 중요한 목표의 내용이 무엇인지 말하고 있지 않다는 것에 있으며, 그것은 '텅 빈 집합'(empty set)과도 같다는 비판을 면할 수 없게 된다.¹¹²⁾ 물론 노르덴펠트도 자신이 각 개개인의 중요한 목표가 무엇인지 구체적으로 적시하지 않은 사실에 대해서 인식하고 있다. 그러나 그는 다음과 같이 그 이유를 설명하였다. 그에 따르면, 한 사회에서는 거기에서 통용되는 보편적인 개념의 '몸통'(torso)이 존재하고 있다고 가정하기 때문이다.¹¹³⁾ 그러나 각 개개인의 주관적인 가치와 목표에는 그들이 속한 사회의 구성원으로서 전제되는 공통된 특질이 있다는 것에 대해서 지적할 뿐 그것이 무엇인지 어떠한 이유로 그러한 공통된 특질을 추출해낼 수 있는지에 대해서는 여전히 밝히고 있지 않다.

물론 노르덴펠트는 '건강은 항상 한 개인의 안녕 및 그가 보유한 내적인 신체적, 정신적 조건과 관련한 능력을 다루어야 한다'고 언급하면서 현재 존재하는 사회 전반에 걸친 공유된 건강 개념과 사회 내에서 시간에 걸쳐 달라진 건강 개념들을 비교하기도 하였다.¹¹⁴⁾ 그러나 그것들이 사실이라고 가정할지라도 일반적인 범위 내에서의 중요한 목표의 공통된 내용이 될 수 있는지 여부에 대해서는 설명이 부족하다.¹¹⁵⁾¹¹⁶⁾

112) Venkatapuram, 2011. p.60; 2013, p.274.

113) Nordenfelt, 2007, p.31.

114) Nordenfelt, 2007, p.31.

115) Venkatapuram, 2013, p.274.

116) 벤카타푸람은 노르덴펠트가 생존이나 생물학적 생존능력 등이 그와 같은 중요한 목적 중 될 수 있다고 인정한다고 가정할 수 있을지라도 그것이 '몸통'과 같은 공통내용으로 적시하지 않고 있음을 지적한다. 물론 노르덴펠트가 아예 구체적인 내용에 대해서 말한 것이 아니라 살아있는 것(=생존)이 행복하기 위한 필요조건임을 밝히고 있고 그것의 구체적인 내용으로서 의식주와 경제적 안정성을 들었던 것에서(Nordenfelt, 1987[1995], p.91) 노르덴펠트가 생각하는 내용을 가정할 수 있으며 그로부터 중요한 목표의 짧은 목록을 추출할 수 있음에도 불구하고 노르덴펠트의 중요한 목표의 집합은 여전히 '텅 비어있는'(empty) 것처럼 보인다고 평가하고 있다.

이처럼 중요한 목표의 구체적 내용이 비어 있다는 점에서 노르덴펠트의 이론의 또 다른 단점을 끌어낼 수 있다. 그것은 ‘중요한 목표’에 관한 내용이 백지 상태나 다름없다는 점에서 상대주의를 조장한다는 비판에서 자유롭지 못한 것이다. 중요한 목표가 무엇인지 평가할 기준이 부재하고 더 나아가 그러한 기준을 제시할 수 있는 주체가 누구인지에 대해서도 언급하고 있지 않기 때문이다. 그러므로 자칫하면 이 세계에 존재하는 다양한 사회 공동체에서 통용되는 고유한 규범이나 기준들이 그 사회에서의 객관적 기준으로 작용하게 될 경우, 그것들이 그 사회 구성원 개개인의 행복을 추구할 수 있는 능력을 해하거나 혹은 개개인의 주관성을 인정해줄 근거 혹은 정당성을 제시할 수 없게 된다.¹¹⁷⁾

물론 노르덴펠트의 건강 이론에서는, 부어즈와 달리, 건강 여부를 신체 내적인 현상뿐만 아니라 그에 대한 외부의 물리적, 사회적 환경의 직간접적 영향도 함께 고려해서 평가해야 함에도 불구하고, 그의 건강 개념에서 주어진 조건 중 하나인 ‘주어진 표준 환경’(given standard circumstance)은 오히려 그 평가를 외부적 환경에 전적으로 의존하게 만드는 문제를 야기한다. 즉, 한 개인의 중요한 목표의 내용이 결정될 때, 주어진 ‘표준’ 환경을 고려하게 되면 이는 그 개인이 속한 지역적 환경이라는 외부적 조건의 중요성이 지나치게 강조되게 된다.

더구나, 노르덴펠트가 건강 개념에 일관성을 부여하기 위해 외부적 조건을 제시하면서 그 외부적 조건들이 포함하고 있는 규범적 측면, 예를 들어 사회, 문화, 언어 등과 같은 요소들이 표준 혹은 합리적 조건이 될 수 있다고 말하는 것은 오히려 어느 정도의 객관적 기준이 필요한 경우를 무력화할 수도 있다.¹¹⁸⁾ 이처럼 사회적 규범과 개개인의 중요한 목표가 충돌하는 것을 가장 잘 보여주는 예시는 개발도상국의 여성들과 소녀들의 재생산과 관련된, 특히 모성 사망률이 높다는 사실이다. 이들 여성들은 특히 자신들의 재생산에 대해서 자율성을 발휘하지 못하고 자신들이 살아가는 사회의 규범에 강한 영향력을 받고 있다. 여성 할례 또한 마찬가지다. 여성할례의 경우는 그것이 행해지는 사회의 규범으로 인

117) Venkatapuram, 2011, pp.62-63.

118) Venkatapuram, 2013, p.275.

해 여성들에게 일정 나이가 되면 할례를 받게 하며 이것이 그 사회에서는 정상적인 기능으로 여겨진다. 그러나 그 규범들은 그 사회의 여성들의 보편적 건강을 위한 객관적 기준에는 부합하지 않는 것이다.

또한 이것은 앞에서 예를 들었던 생리에 대한 전 세계적인 금기의 지역적 차이에서도 살펴볼 수 있다. 여성의 월경에 대한 금기는 전 세계적으로 찾아볼 수 있지만, 그 금기의 정도는 세계 각 지역마다 다르다. 예를 들면 서구 지역이나 한국과 같은 지역에서는 월경, 생리에 대한 완곡한 표현이 사용될지언정, 여성들의 생리 현상과 관련해 필요한 생리용품에 대한 접근성이나 여성들이 겪는 생리 증상에 대한 배려가 이루어진다. 반면에 네팔과 같은 지역에서는 ‘차우파디’와 같이 생리 중인 여성을 격리하는 관습이 2017년까지도 불법으로 규정되지 않았다. 물론 월경, 생리에 대한 전 세계적인 금기는 최근 들어 타파되어가는 양상을 보이고 있고 ‘차우파디’와 같은 관습도 법으로 금지되었다.¹¹⁹⁾ 그러나 실질적으로 (가임기) 여성의 건강과 직결되는 생리 기간의 위생 문제를 둘러싸고 특정 지역에서 유지되고 있는 관습, 즉 “‘표준’ 가부장제 문화적 규범으로 인해 여성들과 소녀들이 겪는 심각한 재생산 및 성적 건강 문제는 매년 수백만 명의 피할 수 있었던 죽음과 장애를 초래한다.”¹²⁰⁾

더욱이 이와 같은 구체적인 여성 건강의 문제뿐만 아니라 예방 가능한 사망률과 질병(예를 들면 말라리아와 같은 풍토 전염성 질환) 사이의 인과관계나 분포와 관련된 배분적 정의의 역할은 전 세계에서 보편적으로 인정되고 있다. 그렇기 때문에 지역 특유의 표준 환경이나 문화적 규범이 개개인들, 특히 사회적으로 취약한 이들의 건강 등을 포함한 중요한 목표 성취의 걸림돌이 될 수 있다는 점에서, 한 개인이 속한 특정 지역의 표준 환경이 기준으로 고려될 수는 있지만 그것이 절대적 결정력을 지녀서는 안 된다. 오히려 그러한 표준 환경들에 관한 정보는 보다 보편적인 기준을 마련할 때 참고하기 위해 제공 받아야 할 자료로 기능한다.¹²¹⁾

119) 물론 법적으로 금지되었다 하더라도 이것이 현실에서 제대로 지켜지는 것은 다른 차원의 문제이다.

120) Venkatapuram, 2013, p.275.

121) Venkatapuram, 2011, p.63; 2013, p.275.

또한 최소한의 행복 내지 최소한 걱정할 삶을 이끌어내는 중요한 목표를 성취하는 능력으로서의 건강을 정의하면서 그 중요한 목표가 특정 지역에서의 ‘표준’ 내지 ‘합리적’ 환경의 외적 개념에 따라서 결정될 수 있다는 주장이 인류 전체에게 보편적으로 적용할 수 있기 위해서는 “그 중요한 목표의 텅 빈 혹은 사회적으로 상대적인 정의는 반드시 적어도 중요한 목표의 핵심적이고 안정적이고 종 전반에 걸친 정의로 대체되어야 한다.”¹²²⁾ 그리고 그것은 인류 전체에 공통적으로 적용될 수 있으면서도 충분히 구체적인 기준이 무엇인지 고민하는 것과 밀접한 관련성을 지니고 있다.

(2) 보편적이면서도 구체적인 내용을 지닌 건강 개념

앞 절에서 살펴보았던 것처럼 노르덴펠트의 건강 이론이 지닌 공허함 내지 추상성의 문제와 관련해서, 인류 전체에 대해서 일관적으로 적용될 수 있으면서도 충분히 구체적인 건강 개념을 구성할 필요성이 제기되었다. 이와 관련해서 벤카타푸람은 자기 자신의 개인적 신념과 지식에 기초하여 노르덴펠트의 ‘중요한 목표’ 개념을 확인하는 것을 비롯한 여러 가지 선택을 할 수 있음을 인식하고 있는 것처럼 보인다. 그러나 그는 새로운 이론을 정립하기보다는 자신의 건강 개념의 바탕이 된 노르덴펠트의 ‘중요한 목표’ 개념과 아마티아 센과 마사 너스바움이 제시한 ‘역량 이론’ 사이의 공통점에 대해 살펴본다.¹²³⁾

그러나 노르덴펠트의 단점으로 여겨지는 것과 같은 구체적 내용 내지 목록의 부재가 센에게서도 공통적으로 나타난다. 노르덴펠트는 역량 이론을 발전시키는 과정에서 역량의 구체적 내용의 목록을 제시하지 않는 센과 유사한 입장을 보이기 때문이다.¹²⁴⁾ 그러므로 벤카타푸람은 앞서 살펴본 문화적, 윤리적 상대주의

122) Venkatapuram, 2013. p.275.

123) Venkatapuram, 2013, p.275.

124) 실제로 노르덴펠트는 센의 역량과 기능에 관한 논의와 자신의 이론 사이의 유사점과 차이점에 대해서 논의하기도 하였다(Nordenfelt, 2000: 94-105). 그러나 노르덴펠트는 자신이 센이 말하는 역량(capability)보다는 좁은 의미로서의 능력(ability)을 의미한다고 하였는데 이는 센의 역량에는 다양한 ‘기회’(opportunity)라는 개념이 포함되는 반면에 노르덴펠트가 말하는 능력에서는 한 개인의 장기간 행복을 실현 내지 성취하려는 조건이 강조되기 때

가 가져올 수 있는 위험성 때문에 어느 사회 집단이나 공동체에서도 통용될 수 있는 보편적 기준을 제시하는 목록을 필요하다는 것에 대해서 너스바움의 '핵심 인간역량'(Central Human Capabilities: CHC)에 동의하며 이를 노르덴펠트의 건강 이론과 접목시킬 것을 제안한다.

한편 노르덴펠트와 역량 이론가들이 앞서 살펴본 것처럼 서로 상당한 공통점을 보이고 있음에도¹²⁵⁾ 불구하고 차이점이 존재한다. 이에 따라 벤카타푸람은 노르덴펠트의 견해가 건강, 의학, 생물 철학 분야 및 역량 이론 사이에 '중요한 목표를 성취하는 능력으로서의 건강' 개념을 제시함으로써 연결해주고 있다고 보고 완전히 같지 않지만 유사하다는 면에 주목한다. 특히 이러한 노르덴펠트와 너스바움의 이론들 간의 유사성은 아리스토텔레스로부터 내려오는 인간 행위, 환경의 영향력이나 인간 번영(human flourishing)에 대한 추론에서 시작되었다는 점¹²⁶⁾에서 '최소한의 인간의 안녕' 내지 '장기간의 행복'에 대한 개념을 도출, 확인하는 과정의 유사한 경로를 밟고 있다고 평가한다.¹²⁷⁾

너스바움 또한 기본 필요와 같은 배분 정의 이론에서 인간 안녕에 대한 추론이 부족함을 지적하고 있다.¹²⁸⁾ 다만 그녀와 노르덴펠트의 차이점은 노르덴펠트

문이다(Nordenfelt, 2000, pp.99-100).

125) 벤카타푸람은 노르덴펠트의 이론과 너스바움의 이론을 비교할 때 흥미로운 점 중 하나가 개념들이 상호교환 될 가능성이 있다는 점을 든다(Venkatapuram, 2011, p.67). 예를 들면, 본문에서도 언급한 것처럼 노르덴펠트는 행위하는 자/행위자, 행위, 지원 환경과 능력과 같은 행위론에서 근거를 많이 차용한다. 한편 역량 이론 연구자들 중에서는 인간 행위에 대해서 관심을 갖는데 이때 중시되는 자유는 사람들이 처한 지원 환경이 제공하는 행위나 기능에 대한 영향력에 따라 달라진다. 반면 역량 이론에서는 인간이 구성되고 상황에 처하는 다양한 방식에 대해서 특정 행위 수행 여부와 그 방식의 영향에 관심을 갖는데 이때 하나의 행위를 둘러싼 조건이 반드시 사람들에게 동일하거나 정반대의 효과를 내는 것은 아니다. 그러므로 다양한 맥락이 고려되어야 한다. 이점에서 노르덴펠트는 인간 능력이나 행위에 대한 환경의 영향 자체에 관심을 갖는데 반해 역량 이론은 그와 같은 외부적 영향뿐만 아니라 각 개개인 고유의 다양한 특징들에 대해서도 설명해야 한다고 본다. 이러한 까닭에 노르덴펠트는 자신의 능력 개념과 센 등의 역량 개념이 유사함에도 불구하고 자신의 개념이 보다 좁은 범위의 개념이라고 말한다

126) 다만 노르덴펠트는 언어철학과 행위론으로부터 자신의 이론을 도출해낸다면 너스바움은 자연법의 역사적 논쟁부터 출발하여 인간 존엄성에 내재한 윤리적인 권리나 주장이 무엇인지 살펴본다(Nussbaum, 2006, p.37).

127) Venkatapuram, 2011, p.64; 2013, pp.275-276.

128) Martha Nussbaum and Amartya K. Sen, *The Quality of Life*, New York: Clarendon

가 인간 번영과 중요한 목적 성취와 관련해서 한 개인의 건강에 대해 초점을 맞추고 있다면¹²⁹⁾ 너스바움은 동등한 ‘인간 존엄성’(human dignity)을 지닌 인간의 삶의 내용이 무엇인가를 정의하고자 한다. 즉, 그녀는 아리스토텔레스에서 출발하여 인간존엄성이란 특정한 상태에 머물며 행할 수 있는 것(able to be and do) 것, 특정 역량을 지니는 것으로 개념화하려고 한다.¹³⁰⁾ 이때 ‘인간존엄성’은 너스바움 자신도 모호한 개념이라는 것을 인정함에도 불구하고 노르덴펠트가 말하는 인간 행위와도 관련이 있고 너스바움과 함께 역량 이론을 개발, 확대시킨 센의 기본역량과도 밀접한 관련이 있는 개념이다.¹³¹⁾

더욱이 벤카타푸람이 볼 때, 너스바움은 노르덴펠트가 말하는 표준 환경이 ‘존재성과 수행’(being and doing)을 성취하는 역량에 있어서 인간존엄성으로 요약되는, 인간의 도덕적 전-정치적 권리(moral pre-political right)를 지닌다는 것의 의미를 제시해주고 있다. 물론 너스바움도 중요한 목표를 결정하는데 있어서 서로 다른 개개인, 사회, 국가의 몫의 빈칸을 마련해두기 위한 단서를 붙여두고 있다. 즉 사회는 기본 역량의 목록을 추가할 수 있으나 그 목록에서 10가지 역량을 덜어낼 수 없고 이는 그 사회들이 다른 역량을 보장하기 위해 특정 역량을 포기할 수 없다.¹³²⁾ 그러나 역량의 내용은 일관되고 다양한 사회는 그들 각자의 역사와 보유한 자원 등의 수준에 따라서 각 역량의 역치 수준 등이 달라질 수는 있다. 그러나 지역적 관습 등이 이들 역량의 역치를 결정하는데 있어서 결정적인 역할을 해서는 안 되는 것이며 그것은 반드시 보편적인 인간존엄성을 향유할 만한 가치에 대해서 잘 알고 있는 전문가와 이해 관계자가 참여하는 추론에 의해 결정되어야 한다는 것이다.

이처럼 노르덴펠트와 너스바움은 결과 등과 같은 실제 획득 여부보다는 능력

Press, 1993; Martha Nussbaum, *Women and Human Development: The Capabilities Approach*, Cambridge: Cambridge University, 2000.

129) Lenanart, Norderfelt, *Action, Ability, and Health: Essays in the Philosophy of Action and Welfare*, Kluwer Academic Publishers, 2000, pp.99-100.

130) Nussabaum, "Human Functioning and Social Justice: In Defense of Aristotelian Essentialism," *Political Theory*, vol. 20, 1992; 2000; 2006; 2015.

131) Nussbaum, 2015, pp.46-47.

132) Nussbaum, 2015, pp.59-60.

(ability)에 중점을 두고 있다는 공통점에도 있다, 그럼에도 불구하고 노르덴펠트가 가지는 구체적 내용의 결여라는 단점과 달리 너스바움은 인간 존엄성의 가치를 지닌 삶을 위해 필요한 보편적인 기준으로서 10가지 역량을 구체적인 목록으로 제시하고 있기 때문에¹³³⁾ 벤카타푸람은 양자 이론을 결합할 필요성을 제기한다.

너스바움에게 있어서 핵심인간역량 목록은 절대적으로 양보될 수 없는 보편적 인간존엄성을 최소한 확보하기 위한 임계점(역치)의 기준이다. 벤카타푸람에게는 너스바움이 주장하는 최소한 확보되어야 하는 인간존엄성이 노르덴펠트가 주장하는 최소한의 행복과 유사한 개념으로 여겨진다. 그러나 너스바움은 벤카타푸람이 지적하는 노르덴펠트의 이론의 단점, 즉 문화적, 윤리적 상대주의에 의해서 와해될 수 있는 최소한의 행복의 내용과 달리 그 최소한 확보되어야 하는 인간존엄성의 내용과 기준이 무엇인지를 밝히기 위해 핵심인간역량 목록을 제시하고 있는 것이다.

그에 따른, 너스바움의 핵심인간역량 목록의 구체적인 내용은 다음과 같다.

1. 생명. 평균 수명을 누리게 살 수 있게 해줘야 한다. 너무 이른 나이에 죽거나 수명이 줄어들어 가치 있는 삶을 살지 못하게 되면 안 된다.
2. 신체 건강. 양호한 건강을 누릴 수 있어야 한다. 여기에는 자녀를 낳는데 필요한 건강도 포함된다. 적절한 영양을 공급받고 적합한 주거 공간을 보유해야 한다.
3. 신체 보전. 자유롭게 이동할 수 있어야 한다. 성폭행이나 가정 폭력 같은 폭력적 공격으로부터 보호받아야 한다. 성적 만족을 누릴 기회가 있어야 하고 자식을 낳을지 말지를 주체적으로 선택해야 한다.
4. 감각, 상상, 사고. 감각기관을 활용할 줄 알아야 하며, 상상하고 사고하고 추론할 줄 알아야 한다. 그리고 '정말로 인간적인' 방식, 즉 글을 읽고 쓰는 훈련, 기초 수준의 수학적, 과학적 훈련을 넘어서 적절한 교육으로 지식을 전하고 교양을 쌓도록 하는 방식으로 이들 역량을 확보해주어야 한다. 종교, 문학, 음악

133) Nussbaum, 2000, pp.78-80.

등에서 스스로 선택한 행사와 작품을 경험하고 생산할 때 사고력과 상상력을 동원할 줄 알아야 한다. 정치적 표현과 미적 표현의 자유, 종교 활동의 자유를 보호받으며 지성을 활용할 수 있어야 한다. 즐거운 경험을 하고 유해한 고통을 피할 수 있어야 한다.

5. 감정. 주변 사람이나 사물에 애착을 느낄 수 있어야 한다. 자신을 사랑하고 보살피는 사람을 사랑할 수 있어야 하고, 그런 사람이 없다면 슬퍼할 줄 알아야 한다. 일반적으로 말해 사랑, 슬픔, 갈망, 만족, 정당한 분노를 느낄 수 있어야 한다. 공포와 불안으로 감정 발달이 방해받아서도 안 된다(이 역량을 지원하는 것은 인간발달 과정에서 대단히 중요하다. 다양한 인간적 유대관계를 지원하는 것과 같다).

6. 실천 이성. 선 관념을 형성할 수 있어야 한다. 삶의 계획을 비판적으로 성찰할 줄 알아야 한다(이를 위해서는 양심의 자유와 종교의식의 자유가 보장되어야 한다).

7. 관계. ① 다른 사람과 더불어 살고 다른 사람을 인정하며 다른 사람에게 관심을 보이고 다양한 사회적 상호작용에도 참여할 수 있어야 한다. 다른 사람의 처지를 상상할 줄 알아야 한다(관계 역량을 보호하는 것은 관계를 구성하고 관계를 증진하는 제도와 더불어 집회 및 정치 발언의 자유를 보호하는 것과 같다). ② 자존감의 사회적 토대를 마련해주어야 한다. 다른 사람과 동등한 가치를 지닌 존엄한 존재로 대우받을 수 있어야 한다. 그러려면 인종, 성별, 성적 지향, 민족적 배경, 사회계층, 종교, 국적 등에 근거한 차별이 사라져야 한다.

8. 인간 이외의 종. 동물이나 식물 등 자연세계에 존재하는 모든 것에 관심을 기울이고 관계를 맺으며 살아갈 수 있어야 한다.

9. 놀이. 웃고 놀 줄 알아야 하고 여가를 즐길 수 있어야 한다.

10. 환경통제. ① 정치적 측면: 삶에 지대한 영향을 미치는 정치적 선택 과정에 효과적으로 참여할 수 있어야 한다. 정치에 참여할 권리, 언론 및 결사의 자유를 보장받아야 한다. 정치에 참여할 권리, 언론 및 결사의 자유를 보장받아야 한다. ② 물질적 측면: 재산(부동산과 동산)을 소유할 수 있어야 한다. 재산권을 행사할 때나 직장을 구할 때도 다른 사람과 동등한 대우를 받아야 한다. 부당한

압수 수색을 받지 말아야 한다. 직장에서는 실천 이성을 발휘하고 동료와 서로 인정하는 의미 있는 관계를 맺는 가운데 인간답게 일할 수 있어야 한다.¹³⁴⁾¹³⁵⁾

위와 같은 핵심 인간 역량 목록의 근거로 한 인간 존엄성은 어느 사회에서나 통용될 수 있는 보편성을 지니면서도 각 개개인이 누려야 할 구체적인 역량의 기초가 된다는 특징을 지니고 있다고 너스바움은 주장한다.¹³⁶⁾

이로부터 벤카타푸람은 너스바움의 10가지 핵심 인간 역량 목록 중 한 가지인 ‘건강’을 나머지 다른 역량을 성취할 수 있기 위한 보다 근본적인 메타 역량으로 파악하고자 한다. 물론 벤카타푸람은 너스바움이 최소한의 인간 존엄성을 위한 삶을 구성하기 위한 것으로서의 그녀 자신의 역량 목록에 관심을 두고 있지 건강 개념을 가장 중요시하지 않고 있다는 사실에 대해서는 인정하고 있다.¹³⁷⁾ 그러나 그가 지적한 것처럼 너스바움의 목록상에서 장수(혹은 평균 수명을 누릴 수 있음)와 건강에 관한 역량이 목록에서 첫 번째와 두 번째 위치를 차지하고 있다는 것을 살펴볼 수 있다.¹³⁸⁾ Venkatapuram, 2011: 65; 2013: 276). 이것이 너스바움이 무의식적으로 건강을 중요시했는지에 대한 근거로 작용할 수 없을지라도 너스바움이 역량으로서의 건강을 중시한다는 것을 보여준다.

더욱이 벤카타푸람은 너스바움이 *Women and Development*의 한 각주¹³⁹⁾에서 건강 역량에 대해서 강조한 내용을 보건대, 건강 역량을 너스바움의 역량 목록 중에서도 가장 근본이 되는 메타 역량으로 꼽고자 하는 자신의 입장에 정당성을 부여한다고 주장한다. 너스바움은 자신에 참여했던 1994년 인구와 개발에 관한 카이로 회의에서 재생산 건강에 관해서 “재생산 체계와 그 기능과 과정에 관련된 모든 문제에서 단지 질병이나 병약함의 부재가 아닌 완전한 신체적, 정

134) Nussbaum. 2015, pp.48-50.

135) 너스바움은 1992년부터 이 목록을 제시하였으나 2000년에 출판된 저서인 *Women and Development*(2000: 78-80)와 2011년에 출판된 *Creating Capabilities*(국내에서는 2015년에 『역량의 창조됨』 번역됨).

136) 이에 대해서는 다음 장의 해당 부분에서 더 자세히 소개할 것이다.

137) Venkatapuram, 2011, p.65.

138) Venkatapura, 2011, p.65; 2013, p.276.

139) Nussbaum., 2000, p.83.

신적, 사회적 안녕의 상태” 정의하고 있기 때문이다.¹⁴⁰⁾ 너스바움은 자신의 제시한 10대 역량 목록에서 건강의 한 내용으로 재생산을 들었고 그에 국한된 내용으로서의 건강에 대해서 단지 재생산에 관련된 건강은 부어즈식의 질병이나 질환의 부재에 국한되는 것이 아니라고 인지하고 있다는 것이다. 다시 그것은 너스바움이 건강을 질병과 부상, 장애 등을 피하는 ‘능력’으로서 파악하고 있는 것이며 그게 아니라면 너스바움이 역량 목록에서 이와 같은 포괄적인 건강 개념이 아닌 좁은 의미의 건강 개념에 기초한 건강 역량과 기타 부상, 장애 등을 피하는 역량을 따로 규정했어야 할 것이기 때문이다.¹⁴¹⁾ 이는 너스바움이 재생산과 관련된 영역의 특수성을 인지했기 때문에 특별히 ‘건강’ 역량의 내용의 한 부분으로 넣었다고 봐야 할 것이다. 재생산 영역은 신체적인 증상뿐만 아니라 그것을 결정하는 것과 관련된 여성 당사자의 자율성을 모두 다 아울러 봐야 한다. 그러므로 부어즈나 노르덴펠트, 어느 한쪽의 개념만으로는 여성의 재생산과 관련된 건강 문제는 제대로 포착되지 아니한다.

이처럼 너스바움은 ‘건강’ 역량을 따로 부각시키고 있는 것이 아님에도 불구하고 건강 역량의 중요성을 매우 강조하고 있다. 특히 이것이 센과 함께 역량 이론을 발전시키는 과정에서 개발도상국에서의 여성들의 여건에 대한 관심에서 출발하여 핵심 인간 역량 목록을 작성하게 된¹⁴²⁾ 그녀의 배경에서도 살펴볼 수 있을 것이다. 또한 앞서 살펴본 월경과 관련한 가임기 여성들의 사례로 다시 돌아가서 보더라도 한 개인의 포괄적인 의미에서의 재생산 건강이 그 사람의 삶의 질과 밀접한 관련성을 맺고 있음을 알 수 있다.

마지막으로 벤카타푸람은 노르덴펠트의 건강 개념이 너무 광범위하다는 토머스 슈크람(Thomas Schramme)의 비판에 동조하며 이것이 노르덴펠트의 이론의 세 번째 약점이라고 지적한다.¹⁴³⁾¹⁴⁴⁾ 앞 장에서도 잠시 언급했듯이 슈크람은

140) Veankatapuram, 2011, p.65; 2013, pp.276-277.

141) Venkatapuram, 2011, p.66.

142) 실제로 너스바움의 저서들에서는 특히 인도 여성들의 사례들을 통해서 기존 배분정의론이 아닌 역량 접근법의 중요성이 강조되고 있다(Nussbaum, 2000; 2011).

143) Venkatapuram, 2013, p.277.

144) 이러한 약점은 벤카타푸람이 첫 번째 약점으로 꼽았던 노르덴펠트의 건강 이론이 구체적인 목록을 제시하지 않고 있다는 점에서 내용 없이 텅 비었다는 것과 연결되면서도 달리 따

노르덴펠트의 ‘중요한 목표’에 관한 정의가 너무 광범위할 뿐만 아니라 주관적 선호와 너무 밀접하게 연관되어 있다는 점을 비판하였다.¹⁴⁵⁾

슈크람은 이를 구체적으로 릴리(Lily)라고 하는, 열심히 노력했음에도 불구하고 자신의 목표인 2m를 넘지 못하는 높이뛰기 선수의 예시를 들어 설명하였다. 릴리는 높이뛰기 선수로서 오랫동안 훌륭한 육상선수가 되기 위해서 노력해왔지만 성공하지 못해서 불행하다. 이때 노르덴펠트의 견해에 따르면 자신의 삶에서의 중요한 목표를 성취하지 못한 릴리는 건강하지 못한 상태에 빠져 있다.¹⁴⁶⁾ 그러나 슈크람은 현재 릴리가 질병을 앓고 있는 상태가 아니라는 사실과 더불어 릴리의 목표가 조금 더 현실적이 된다면 그녀가 얼마든지 행복해질 수 있음을 지적한다. 릴리는 병을 앓아서 불행한 것이 아니라 자신의 목표를 이루지 못한 것에 대해서 슬프고 화가 난 상태이지만 그렇다고 그것이 그녀의 나쁜 건강 상태에 대해서 결정적인 원인이 되는 것은 아니다. 그러나 슈크람은 그러한 부정적인 심리적 상태를 건강하지 않은 경우에 포함시킬 때, 정신 건강과 관련된 광범위한 의료화를 초래할 수 있기에 부어즈가 제시하는 객관적인 협의의 건강 개념이 여전히 유효하다고 주장한다.¹⁴⁷⁾

이러한 슈크람의 비판에 대해서 벤카타푸람도 동의하는 것처럼 보인다. 노르덴펠트는 슈크람의 비판에 대해서 건강을 최적의 건강 상태에서 최악의 경우 죽음까지 이르는 일종의 스펙트럼 선상에 놓여 있는 것으로 보아서 릴리가 육상선수로서 목적을 성취하지 못해 불행한 것은 그녀가 어느 정도 최적의 건강에서 떨어져 있다고 답하였다.¹⁴⁸⁾ 벤카타푸람은 노르덴펠트의 슈크람의 비판에 대한 답변에 대해서 노르덴펠트가 최적에서 중간, 중간, 중간에서 나쁜 건강에 이르는 건강의 범위를 정해줄 기준, 즉 각각의 건강 상태의 역치를 제시할 필요가 있다고 말한다. 노르덴펠트는 자신의 건강 개념을 스펙트럼에 비유했지만 그 스펙트럼에 놓인 각각의 정도를 규정해줄 역치가 어디에 위치하는지 또한 그것이

저 봐야 하는 문제이기도 하다.

145) Schramme, 2007.

146) Schramm, 2007, p.14.

147) Schramme, 2007, p.16.

148) Nordenfelt, 2007, p.30.

어떻게 구성되는 지에 대해서는 전혀 답을 내놓지 않고 있기 때문이다.¹⁴⁹⁾

이처럼 노르덴펠트가 개인의 주관적 선호나 행복을 강조한 나머지 건강 개념을 너무 광범위하게 잡고 있는 것은 그 건강 개념을 일관되게 설명하지 못하게 될 수도 있는 약점이 있다. 그러므로 이를 일정한 기준으로 가지고 보다 구체화하는 작업이 필요하며 이는 벤카타푸람이 제안하는 것처럼 너스바움의 역량 목록을 적용해볼 수 있다. 이 구체화 작업을 통해 역치의 내용이 결정될 수 있을 뿐만 아니라, 노르덴펠트의 건강 이론이 가진 다른 약점 또한 보충될 수 있게 된다.¹⁵⁰⁾ 그 결과, 슈크람이 제시한 사례에서의 릴리는 건강하다고 말할 수 있게 된다. 이러한 까닭에, 너스바움의 역량 목록은 그 폭과 충분성(sufficiency) 수준에 의해 어느 정도의 주관적 경험의 수준을 유지할 수 있게 하면서도 중요한 목표의 범위가 전체적인 삶의 안녕으로 동일시되는 문제를 방지하는 기능을 제공한다. 그러므로 핵심 역량 목록상의 건강은 전체 안녕의 개념이 아닌 인간 안녕의 최소한의 개념이 되는 것이다.¹⁵¹⁾

벤카타푸람에 따르면 노르덴펠트의 최소한의 행복에 기초한 삶의 중요한 목표와 너스바움의 인간 존엄성을 실현시켜줄 최소요건으로서의 역량 목록을 결합하여 제시하게 된 메타 역량으로서의 건강 (역량) 개념을 이용할 때의 장점은 다음과 같다. 우리가 질병과 사망률의 관계에 대한 연구를 할 때 그것들 간의 인과관계와 분포관계를 파악하는 것이 가장 우선시되어야 하는데 그때 건강이나 질병이 무엇인지 그 개념을 명확하게 하는 작업이 선행되어야 한다. 이때 메타 역량으로서의 건강 개념은 이러한 연구들에 적용되는 대표적인 방법론인 역학(epidemiology)에 직접적으로 영향을 미칠 수 있다고 한다. 특히 그것을 잘 보여주는 것은 비만, 성인병 그리고 사망률의 관계에 관하여 최근에 이루어지는 연구이다.

위생 등이 문제가 되는 전염병이나 감염이 더 심각했던 과거와 달리, 현대 사회에서 당뇨나 고혈압, 암 등과 같은 성인병으로 인한 사망할 가능성이 더 높아졌다.¹⁵²⁾ 사망원인은 연령대라는 변수에 따라 큰 차이를 보이고 있다. 그러나

149) Venkatapuram, 2013, p.277.

150) Venkatapuram, 2013, pp.277-278.

151) Venkatapuram, 2013, p.278.

암은 40대 이후 연령대에서는 사망원인 1위를 차지하고 있으며 뒤를 이은 심장 질환이나 뇌혈관질환 등도 유사한 형태를 보여준다.¹⁵³⁾ 비만이 성인병의 원인이라는 사실은 오래 전부터 알려져 있었고 비만과 성인병, 사망률의 관계에 있어서 사회경제적 요인이 미치는 영향에 대한 연구도 축적되어 있다. 그러나 이들 연구에서는 건강한 상태가 의미하는 바에 대한 숙고가 잘 이루어지지 않고 있다.¹⁵⁴⁾ 보통 이러한 연구들에서는 건강 개념을 의학적인 의미의 좁은 개념으로 파악하고 있다. 그러나 ‘질병의 부재로서의 건강’ 개념에 기초하면서도 비만으로 인한 성인병과 사망률 사이의 사회경제적 요인들의 영향만을 중점적으로 살펴보는 것 역시 그 인과관계를 제대로 파악하기 어렵게 만든다.

벤카타푸람 또한 역학과 기타 건강과학 분과에서 질병과 손상, 장애 등의 원인에 대한 연구에 대해서 연구하고 있지만 이것이 여전히 부어즈식의 좁은 건강 개념에 기반해 이루어지고 있다는 사실을 지적한다. 그러나 그러한 연구는 역량과 기능의 관점에서 인과관계, 분포 등을 포함시키고 범위를 확장시켜야 한다. 그러한 연구는 이미 개발경제학, 후생보건경제학, 사회 배제 연구 등지에서 널리 수행되고 있음에도 불구하고(Burchardt, 2004; Anand, 2005; Anand et al., 2005; Saleeby, 2007; Coast et al. 2008)¹⁵⁵⁾ 건강 개념이 협의에 머무를 때는 의학, 약학, 생물학을 포함한 건강과학(health science)이 기타 사회과학과 학제 간 연구를 할 가능성이 적다. 그러나 건강 개념이 메타 역량으로서의 건강 역량으로 확장될 때, 건강 과학이 인간 역량의 생물학적 기초에 관한 지식을 제공하는 것이 더 용이해지며, 다른 분야의 전문가들과 함께 의학적 치료 이

152) 2017년 국내 사망원인 통계를 보더라도 어느 정도 노화로 인하여 청·장년기 때의 건강한 상태에서 벗어난 60대 이후 연령의 사망원인 1~3위를 차지하는 것은 암, 심장질환, 뇌혈관질환 등의 성인병이다. 물론 10-30대의 젊은 연령층에서도 자살이나 기타 사고가 사망원인 1~2위를 차지하고 있는 것이지 질병으로 인한 사망원인에 한정시킬 경우, 암이 1위이며 1-10세 아동층의 사망원인 1위도 암이다.

153) 다만 80대 이상부터는 암, 심장질환에 이어 폐렴이 사망원인 3위를 차지하는데 이는 면역력이 극도로 약해지는 초고령층이 폐감염을 이겨내지 못하고 사망에 이르기 때문인 것으로 보인다.

154) 실제로 위폐 등과 같은 학자들은 건강 개념과 관련해 인과관계를 연구하는 경우가 드물다고 지적한다(Huppert et., 2004): Venkatapuram, 2011, p.68에서 재인용.

155) Venkatapuram, 2011, p.68에서 재인용.

상을 넘어서 학제 간 연구를 요하는 정책에까지 기여할 수 있게 된다.¹⁵⁶⁾ 실제로 메타 역량으로서의 건강 개념을 토대로 하여 정책을 마련하고자 할 때는 기존의 임상에 국한되었던 보건의로 영역과 최근 공중보건이나 사회복지 등 인접 영역까지 확대된 영역 사이의 관계가 무엇인지를 규명하고 그 접점을 두텁게 해 줄 수 있는 장점이 있다. 집단 내에서의 건강과 관련된 정책을 설정해 시행하고자 할 때 사회 제반 요소들을 고려하지 않으면 실질적인 효과를 보기가 어렵기 때문이다. 이는 개발도상국에 전염병 예방백신이나 치료제를 공급하는 것에서도 나타난다. 백신과 치료제는 임상적인 치료 예방 효과가 중요하지만 그것들의 효과를 극대화하기 위해서는 전염병이 유행하는 지역에 대한 지리환경적 요소의 고려, 이들을 투여 받는 인구집단의 역사문화적 배경과 관습의 고려¹⁵⁷⁾ 등이 이루어져야 하기 때문이다. 또한 여성 건강과 관련된 다수의 영역들을 연구할 때도 건강을 메타 역량으로 파악하는 이점이 나타난다.¹⁵⁸⁾ 예를 들면, 개발도상국에서의 여성의 영양실조와 그로 인한 모성 사망률의 관계는 단순히 영양학이나 산부인과학, 소아과 등의 건강과학에서만 다룰 문제가 아니다. 여성들의 지위가 낮아 성차별이 빈번하게 일어나는 지역에서 이는 그 사회구조의 문제로 파악해야 하기 때문에 사회학, 정치학, 복지학, 후생경제학 등과 같은 사회과학과의 협업이 이루어질 필요가 있다.

2. ‘메타 역량’으로서의 건강 개념에 대한 학자들의 비판

앞 장에서 서술한 건강 개념 논쟁에서도 살펴보았듯이, 건강 개념은 협의의 과학적 개념과 광의의 규범적 개념의 대립이 수십 년째 지속되고 있고 벤카타푸람을 포함한 여러 학자들은 이러한 건강 개념들 간의 대립을 비판하면서 중간적인 입장을 정립하고자 노력하였다. 특히 벤카타푸람의 ‘메타 역량으로서의 건강’

156) Venkatapuram, 2011, p.68.

157) 이는 특히 그 사회의 역사문화적 관습으로 인해 진료 과정에서 의료진과 환자의 성별에 대한 금기 등이 작동하는 것에서 살펴볼 수 있는데 주로 이슬람교를 믿는 지역에서 두드러진다. 이들 지역에서는 여성이 가족이 아닌 바깥 남성과 신체적 접촉을 엄격히 금지하고 있기 때문이다. 그러나 진료 과정에서는 어느 정도 신체적 접촉이 동반될 수밖에 없다.

158) Doyal, 2010.

은 보건 의료 자원 배분 문제를 포함한 광범위한 건강과 관련된 불평등에 있어서 새로운 토론의 장을 마련했다는 평가를 받는다.^{159), 160)}

구체적으로 이를 살펴보면, 페르-안데르스 텅글란드(Per-Anders Tengland)는 벤카타푸람의 메타 역량으로서의 건강 개념이 노르덴펠트가 제시한 규범주의적 건강 개념에 더 가까움에도 불구하고 부어즈와 노르덴펠트 사이의 양 극단의 중간적 입장을 차지한다고 평가하기도 하였다.¹⁶¹⁾ 위에서 살펴보았던 것처럼, 벤카타푸람이 너스바움의 핵심 역량 목록을 가져온 이유는 노르덴펠트의 광범위하지만 구체적인 기준이 부재한 건강 이론을 보다 구체화할 수 있는 시도를 하기 위한 것이었다.

그럼에도 불구하고 벤카타푸람의 메타 역량으로서의 건강 개념에 대해서도 여러 학자들이 비판들이 제기되었다. 그 비판 내용은 크게 두 가지로 분류될 수 있다. 첫 번째로 제기되는 비판은 건강을 ‘메타 역량’으로 파악하게 되면 그것이 노르덴펠트의 광범위한 건강 개념과 차별화되지 않는다는 점이다. 이러한 비판을 제기하는 이들은 벤카타푸람이 차라리 다시 부어즈적인 협의의 건강 개념으로 축소, 회귀해야 한다고 주장하기도 한다.¹⁶²⁾ 두 번째로 제기되는 비판은 ‘메타 역량으로서의 건강 역량’이 너스바움의 다른 역량 목록들에 대해서 가지는

159) Alena Buyx, Eszter Kollar, and Sebastian Laukötter, "Editorial: Sridhar Venkatapuram's *Health Justice: A Collection of Critical Essays and a Response from the Author*," *Bioethics*, vol. 30, no.1, 2016.

160) 이것은 벤카타푸람의 메타 역량으로서의 건강 개념에 대한 연구가 2007년 그의 박사 논문을 토대로 2011년에야 단행본으로 출판되고 나서 상당한 시간이 흐른 2016년에 출판된 그의 이론에 대한 비판과 토론이 *Bioethics*의 특별 호에서 중점적으로 다루어졌다는 사실에서도 알 수 있다. 이는 벤카타푸람의 논의가 1970년대 이후 계속 진행 중인 건강 개념을 둘러싼 부어즈와 노르덴펠트의 논쟁에 새로운 견해를 제시한 중요성을 보여주는 것이다.

161) Per-Anders Tengland, "Venkatapuram's Capability Theory of Health: A Critical Discussion," *Bioethics*, vol. 30., no.1, 2016.

162) Henry S. Richardson, "Capabilities and the Definition of Health: Comments on Venkatapuram," *Bioethics*, vol. 30, no.1, 2016; Efrat Ram-Tiklin, "Equality of Opportunity versus Sufficiency of Capabilities in Healthcare," *World Journal of Social Science Research*, vol.3, no.3, 2016a; "Basic Human Functional Capabilities as the Currency of Sufficitarian Distribution of Health Care," C. Fourie and A. Rid eds., *What is Enough?: Sufficiency, Justice, and Health*, Oxford: Oxford University Press, 2016b; "The Right to Healthcare as a Right to Basic Human Functional Capabilities," *Ethical Theory and Moral Practice*, vol. 15, no.3, 2012.

차별성의 문제이다.¹⁶³⁾

(1) 구체화의 실패

벤카타푸람의 건강 개념에 대해서 제기되는 비판으로 가장 눈에 띄는 것은 그가 노르덴펠트의 광범위한 건강 개념을 구체화하려고 시도했음에도 불구하고 실패했다는 것이다. 이러한 입장으로는 해리 리처드슨(Harry S. Richardson)과 에프랏 램-틱틴(Efrat Ram-Tiktin)을 들 수 있다.

리처드슨은 건강 역량은 인간의 자발적 의지가 배제된 신체적 역량에 국한되어야 한다고 주장한다.¹⁶⁴⁾ 리처드슨이 보았을 때, 벤카타푸람 또한 전체적인 개념으로서의 안녕 개념과 건강 개념이 동일시될 여지가 있기 때문이다. 물론 건강 개념을 신체적 국한에 한정하게 될 때, 외부의 사회적, 환경적 요소가 개입하게 되는 것을 설명하지 못한다는 점을 리처드슨 또한 인정한다.¹⁶⁵⁾ 역량의 내용은 인간의 의지와 행위성을 동반하기도 하고 그렇지 않기도 하다.

그러나 역량에서 비자발적이면 신체적인 내용에 국한되는 제3의 입장으로 보게 될 경우, 예를 들어 소화가 잘 되지 않거나 면역 문제가 발생할 경우에 보통 사람들은 그러한 증상을 완화시키고 회복하려는 것을 선택하려고 하게 되며 그 선택의 결과는 보통 의학적 치료 분야에 국한된다. 그렇게 선택하게 된 증상들의 원인은 비자발적인 것으로 너스바움이 제시한 역량 목록에서 ‘건강 역량’에 해당하는 내용을 실현하는 것이 중심내용을 이룬다.

이러한 방식으로 건강은 비자발적인 신체 과정에 국한되어 기초하는 핵심 인간 역량에 대해서 메타 역량이 될 수 있다는 결론에 이를 수 있지만 또 다른 문제가 제기된다. 현실에서는 오로지 질병 증상 등과 같은, 인간의 의지가 배제된, 비자발적인 신체적인 과정에만 기초하여 기타 핵심 인간 역량을 위한 메타 역량이 존재하지 않기 때문이다. 오히려 메타 역량은 인간의 의지를 포함하는

163) Henry S. Richardson, "Capabilities and the Definition of Health: Comments on Venkatapuram," *Bioethics*, vol. 30, no.1, 2016; Tengland, 2016.,

164) Richardson, 2016, p.6.

165) Richardson, 2016, p.5.

자발적인 측면이 강조된다. 더욱이 그러한 자발적인 측면이 요구되는 교육이나 수입, 부, 우정 등과 같은 다른 종류의 역량들도 건강과 밀접한 관련을 맺으면서도 각자 고유한 필요성이 존재하며 결합 역량을 구성한다. 그것을 설명하기 위해서 건강 개념을 확장되었지만 이에 대한 비판은 앞서 살펴보았듯이 너무나 광범위하고 추상적인 내용을 구체화하지 못한다는 것이다. 즉, 확장만 시켰을 뿐, 그 확장이 어떻게 이루어지는지에 대한 설명이 부재한다.

그러므로 리처드슨은 벤카타푸람이 건강과학이 건강 개념과 생물학 간의 가교를 놓는 역할을 할 수 있을 강조하고 있다는 것에 착안해서¹⁶⁶⁾ 오히려 자신이 제시하는 부어즈식의 건강 개념으로의 회귀 내지 축소에 대해서 숙고해볼 여지가 있을 것이라고 말한다.¹⁶⁷⁾ 그렇게 했을 때만이 안녕과 건강의 명확한 개념 구분이 이루어질 수 있기 때문이다.¹⁶⁸⁾

람-틱틴 또한 리처드슨과 유사한 비판을 내놓고 있다. 그러나 그녀는 비자발적인 신체 기능을 강조해 건강 역량의 내용을 이에 국한시키자는 리처드슨보다 한걸음 더 나아가 보건의료 자원의 배분과 관련해서 역량 접근법을 다시 신체적인 건강 역량의 내용으로 환원시키고 그 역량의 내용을 9가지의 세부적인 체계로 분류할 것을 주장한다.

특히 람-틱틴은 이 논문과 마찬가지로 건강 개념을 중층적인 개념으로 나누어 살펴보면서도, 역량 이론이 적용될 수 있는 보건의료 자원 배분의 영역은 부어즈식의 신체적 차원의 건강과 관련된 부분이라고 주장하여 ‘역량의 충분성’ 개념을 제시하고 있다.

그녀는 건강이 개념적으로 두 가지 차원, 생리적 차원과 사회-문화적 차원으로 나눌 수 있다는 전제를 인정한다. 앞서 살펴본 건강의 개념에서처럼 그녀에게 있어서도 생리적 수준에서 건강의 개념은 가치에서 자유로운 것으로 즉 중립

166) Venkatapuram, 2011, p.68.

167) Richardson, 2016, pp.5-6.

168) 물론 리처드슨은 이처럼 건강 개념을 축소하게 되었을 때, 정신건강의 측면이 경시될 수 있다는 점을 인지하고 있다(Richardson, 2016, p.6). 특히 정신 질환은 행위성을 포함하고 있기 때문이다. 그럼에도 불구하고 리처드슨이 신체적 측면에만 국한시키려고 한 것은 행위성을 포함하는 정신 질환들 또한 비자발적인 신체 증상을 포함하고 있다는 점에서 착안된 것이었다.

적인 부어즈식의 개념과 차이가 나지 않는다. 반면에 사회-문화-정치적 수준에서의 건강은 각 개인의 사회적 환경에서의 목표를 향해 나아갈 수 있는 생리적, 심리적 역량의 표현으로 정의될 수 있다.¹⁶⁹⁾

이를 보여주는 구체적인 예시로서 난임을 들 수 있는데 이때 난임은 생물학적 기능 부전의 조건인 동시에 가치와 무관한 조건으로 규범적으로 중립적인 사실의 결과가 된다. 그러나 그것이 장애가 될 수 있을지 여부와 그것에 관한 정보는 그 개인이 살아가는 사회 내지 공동체에서 그 개인의 겪는 난임이 그의 삶에 어떻게 영향을 미칠지 이해하는 것에 달려있다. 오늘날 한국 사회에서 저출산 현상과 관련해 난임을 심각한 사회문제로 인식하는 것처럼, 임신과 출산이 삶에서 중요한 목표로 여겨지는 경우에는 그 사회에서는 난임은 장애로 간주된다. 그러나 그 사회에서 개인의 자아 성취가 더 중요한 가치로 여겨진다면 난임은 커다란 사회 문제로 여겨지지 않는다.¹⁷⁰⁾

그러므로 그녀는 건강은 부어즈식의 정상적인 생물종의 기능일 수도 있고 역량일 수도 있다고 말하지만 이때의 역량은 앞서 리처드슨이 말한 비자발적인 신체적 현상에 국한되는 의미로 쓰이게 된다. 그리고 그녀는 엄밀하게 보건의료가 제공할 수 있는 일차적인 상품은 자신이 조작적 정의로 제시한 ‘기본 인간 기능 역량’(Basic Human Functional Capabilities: BHFC)이라고 주장한다. 이때 ‘기본 인간 기능 역량’은 다음과 같은 이들은 9가지의 핵심 체계로 나눌 수 있다: 1. 사고와 감정, 2. 감각, 3. 순환, 4. 호흡, 5. 소화와 대사, 6. 운동과 균형, 7. 면역과 배설, 8. 가임능력 그리고 9. 호르몬 통제¹⁷¹⁾. 마지막 호르몬 통제는 앞의 8가지에 대한 중심 통제 체계로 작동한다.

람-틱틴이 이렇게 기본 인간 기능 역량을 분류한 것은 각기 다른 내용을 담당하는 역량 체계를 구별할 필요가 있다고 보기 때문이다. 람-틱틴 또한 이것이 매우 인위적이고, 자의적인 구별이라는 점을 부인하지 않음에도 불구하고 보건의료에서의 정의의 내용물 내지 통용물(currency)이 무엇인지 살펴보기 위해서는 예를 들어, 혈액 순환과 폐 호흡 간에 상호작용 혹은 상호 영향력이 있다는

169) Ram-Tiktin, 2016a, p.420.

170) Ram-Tiktin, 2016b, p.148.

171) Ram-Tiktin, 2016a, p.421; 2016b, p.151.

사실을 잘 알고 있음에도 불구하고 실제로 그것들이 서로 다른 기능적 목적¹⁷²⁾을 지니고 있다는 것을 강조할 필요성이 있다는 것이다.¹⁷³⁾ 즉 램-틱틴은 기능들 간의 밀접한 관련성(상호작용, 상호영향력)을 강조할 필요성을 잘 이해하고 있지만 이는 보건의료의 내용 밖의 영역이며 이러한 이유로 삶의 다양한 요소들을 포괄하고 있는 너스바움의 역량 목록이나 그에 기초한 벤카타푸람의 메타 역량으로서의 건강이 배분 정의의 이론을 기초로 작용하기에는 너무나 광범위하다고 비판한다.¹⁷⁴⁾ 이는 주로 보건의료정의를 논할 때 건강 개념을 협의로 파악해야 하거나 적어도 안녕과 동일시되어서는 안된다고 주장하는 입장에서 공통되는 견해로서 그와 같은 관련성을 설명하기 위해서 해당되는 요소들을 모두 포함시킬 경우에 기존의 보건의료 범위를 넘어서서 사회복지 등 다른 영역과 차별성이 사라지기 때문이다.

램-틱틴이 보았을 때, 벤카타푸람이 제시한 ‘건강할 역량’(capability to be healthy)은 인간 존엄성을 갖춘 삶을 살아가는데 있어서 필요한, 너스바움의 핵심 인간 역량 목록상의 다른 역량들을 성취할 수 있거나 수행할 수 있는 역량이다. 그리고 이는 유전적 요인, 외부의 병리적 요인의 잠재적 가능성을 포함한 인간의 건강에 영향을 미치는 다양한 요소들을 연결하며 정의와 역량 이론 연구에 있어 중요한 공헌을 했다. 그러나 이 연결에 치우친 나머지 실질적인 공정한 보건의료 (자원) 배분을 시행해야 할 정책 입안자들에게는 지침을 제공할 수 없게 된다.

(2) 다른 역량 목록과의 관계에서의 차별성의 문제

‘메타 역량으로서의 건강’은 건강 역량이 너스바움의 역량 목록에서 다른 역량들의 전제조건이 된다는 것을 의미한다. 건강 역량이 그와 같은 전제 조건이

172) 혈액 순환을 통해 산소와 영양분이 전신에 공급되고 이산화탄소와 노폐물이 걸러지는 반면에, 폐 호흡은 바깥 공기로부터 산소를 마시고 혈액순환을 통해 생성된 이산화탄소를 내뿜는 작용을 한다는 점에서 구분이 된다.

173) Ram-Tiktin, 2016a, p.421.

174) Ram-Tiktin, 2016a, p.422.

되기 위해서는 그것이 다른 역량들과 차별화될 수 있어야 한다.¹⁷⁵⁾ 그러나 벤카타푸람의 건강 개념에 대한 비판자들은 그러한 차별성이 잘 드러나지 않는다고 지적한다.

리처드슨은 앞서 건강 역량의 내용의 광범위하다는 지적과 더불어 왜 교육이나 연결망, 수입이나 부와 같은 기타 역량이 아닌 건강이 가장 기본적인 메타 역량으로 작용해야 하는지에 대해서도 비판한다.¹⁷⁶⁾ 리처드슨 또한 건강이 다른 핵심 역량을 지니기 위해서 필요하다는 것에는 동의한다. 그러나 교육이나 연결망, 고용, 수입, 부와 같은 것도 마찬가지다. 이는 락-틱틴이 앞서 제기했던 각 역량의 상호작용으로 인해 너스바움이나 벤카타푸람의 이론이 종국에 가서는 포괄적이고 광범위해질 수밖에 없는 이유와 일맥상통한다.

너스바움이 제시한 감각, 상상, 사고의 역량을 구성하는 교육은 일정한 기간 의무교육을 받을 수 있음, 즉 학교에 다닐 수 있는 것을 중요한 내용으로 포함한다. 학교에 다닐 수 있기 위해서 건강이 요구된다. 그러나 이때 요구되는 건강의 범위는 학교를 다닐 수 있기 위한 조건이 무엇이나에 따라 달라진다. 이는 학령기에 이른 아동들이 신체적인 질병이 없을 때 기본적으로 학교를 다닐 수 있을 때는 좁은 의미의 건강 개념이 요구되지만 학생들이 안전하고 위생적인 환경 속에서 학교에 재학할 수 있어야 한다는 것은 보다 확장된 건강 개념을 요구되기 때문이다. 이때 학교를 다닐 기회는 단순히 건강에만 국한되지 않는다. 위생의 측면에서는 좁은 의미의 건강 개념에 기초한 역량이 강조되지만 안전한 환경에 있어서는 신체적 이동이 자유로워야 할 신체적 통합성이나 교사나 또래 학생들과의 관계와 같은 다른 역량이 더 중요하게 작용할 수도 있기 때문이다.

그러므로 리처드슨은 벤카타푸람이 건강을 메타 역량으로 설정하기 위해서는 보다 추가적인 개념적 설명이나 근거를 제시해야 할 것이라고 보며 이것은 그가 벤카타푸람을 비판했던 내용과 비슷하다. 즉, 건강을 메타 역량으로 보기 위해서는 다른 역량들이 신체를 기반으로 하여 이루어진다는 점에 주목해야 한다는 것이다. 물론 앞에서도 그는 신체에 국한했을 경우에 대한 문제를 간과하지 않

175) 건강 역량이 다른 역량과 차별성을 갖는지 여부는 앞서 살펴본 벤카타푸람의 건강 개념이 여전히 광범위하다는 비판과 밀접한 관련성을 지니고 있다.

176) Richardson, 2016, p.3.

았다. 그러나 건강이 메타 역량이 되기 위해서는 다른 역량들이 질병으로 인한 증상과 같은 비자발적인 신체 작용과 밀접하게 연관되어야 한다는 점이 경시되어서는 안 된다는 것이다.

한편, 텡글랜드는 벤카타푸람의 메타 역량으로서의 건강 개념이 대립하는 부어즈와 노르덴펠트의 건강 개념의 스펙트럼 선상에서 중간적 위치에 놓인다고 평가함에도 불구하고 건강 역량을 메타 역량으로서 내세울 때 그것은 단지 2차적인 역량, 잠재성을 지닌 개념에 불과하다는 점을 지적한다. 즉, 건강은 단순히 잠재성을 지닌 것이 아니라 실제로 그 결과를 얻어야 하는 것이라는 점 또한 경시되어서는 안 된다.¹⁷⁷⁾

건강은 얻거나 얻지 말고자 선택할 수 있는 개념이 아니다. 즉, 협의의 건강 개념을 주장하는 입장처럼 최소한 건강한 상태는 이미 실현되어야 있어야 하는 것이기 때문이다. 더욱이 너스바움의 10가지 역량 목록을 살펴보았을 때, 특정 역량의 내용들, 예를 들면 놀이나 일자리를 얻기, 사람들과 관계를 맺는 것은 단순히 가능성이 아니라 실제로 실현되어야 할 것이어야 하는 것과 마찬가지로 건강 또한 실제로 그 결과를 획득할 수 있어야 하는 것이다. 건강은 그러한 상태를 의미하기도 하지만 건강을 잃었던 사람들에게겐 그것을 회복하기 위한 결과가 요구된다.

텡글랜드는 이처럼 실질적인 결과를 얻는 것이 필요한 역량을 1차적 혹은 직접적 역량으로 분류한다. 그리고 벤카타푸람처럼 이러한 1차적, 직접적 역량의 기초가 되는 혹은 성취하기 위한 역량은 2차적 혹은 간접적 역량으로 분류된다. 그러나 건강은 상태를 가리킬 때도 있지만 결과가 요구될 때도 있다는 점에서 다른 역량과 차별화되지 못한다.

또한 다른 역량들도 1차적 역량으로 기능할 수도 있다. 교육을 통해 길러지는 감각, 상상, 사고의 역량은 일자리라는 내용의 전제조건이 될 수도 있다. 또한 일자리를 얻은 상태의 역량은 다시 신체적 건강을 회복하거나 부를 축적하기 위한 조건이 되기도 한다. 이는 개발도상국에서 나타나는 빈곤과 성차별이 겹쳐 발생하는 여성 건강 불평등의 사례에서도 잘 나타난다. 이 지역의 여성들은 빈

177) Tenglend, 2016, p.14.

곤하기 때문에 신체적 건강에 악영향이 미치며, 그로 인해 얻은 질병이나 장애가 다시 그들의 빈곤을 악화시키기도 한다. 반대로 너스바움이 예를 들었던 것처럼 인도에서 마이크로크레딧을 통해 경제력과 독립성을 확보한 여성이 가정폭력 등으로부터 위협 받을 수 있는 신체적 건강 등을 보전할 기회를 얻게 되기도 한다.¹⁷⁸⁾

그러므로 벤카타푸람의 ‘메타 역량으로서의 건강 역량’ 개념은 왜 그것이 내용이나 적용 순위에 있어서 다른 역량들과 차별성을 갖는지에 대한 보다 정교한 설명이 요구될 수밖에 없다.

3. 벤카타푸람의 건강 개념의 의의

벤카타푸람이 제시한 건강 개념의 가장 큰 공헌은 부어즈가 시작한 건강 개념과 범위를 둘러싼 논쟁에서 보편적으로 적용될 수 있는 인간존엄성을 최소한의 기준으로서 담보하기 위한¹⁷⁹⁾ 너스바움의 역량목록을 가져와서 그동안 순환오류에 빠져있던 건강 개념 논쟁에서 새로운 해법을 제시했다는 것이다.

그러나 벤카타푸람은 건강 역량을 다른 역량들의 전제조건이 되는 메타 역량으로 설정함으로써 노르덴펠트의 건강 개념을 보다 구체화하면서도 여전히 일관된 설명을 제공할 수 있는 건강 개념을 제시하고자 했던 의도가 실패한 것처럼 보인다. 이는 그의 비판자들이 여전히 건강 개념과 범위를 둘러싼 논쟁에서 벗어나지 못하고 있다는 점에서 나타나고 있다.

리처드슨이나 램-틱틴 모두 벤카타푸람의 여전히 축소되지 못한 건강 개념을 비판함에 있어서, 기존 부어즈의 협의의 건강 개념으로 축소, 회귀하는 것이 낫다는 해결책을 제시한다. 특히 이들은 기계적으로 신체적 건강 개념으로의 축소에 초점을 둔 나머지, 노르덴펠트나 벤카타푸람 등과 같은 이들이 건강 개념의 확대를 위해 노력해온 성과를 경시하고 여전히 부어즈와 노르덴펠트로 대표되는 건강 개념의 논쟁 스펙트럼에서 완전히 벗어나지 못하게 만든다.

178) Nussbaum, 2015.

179) 이에 대해서는 다음 장에서 보다 상세하게 살펴본다.

다만 리처드슨과 텅글랜드가 지적한 것처럼 그 구체적 내용이나 적용 순위에 있어서 건강 역량과 다른 역량들의 차별성이 더 정교하게 부각되어야 할 필요가 있을지도 모른다. 그렇기 때문에 리처드슨이나 램-틱틴이 건강 개념을 다시 축소하자고 주장할 수밖에 없었을 것이다. 그러나 건강 개념을 협의로 축소하는 것이 근본적인 해결책이 될 수 없음을 앞에서도 살펴보았다.

그럼에도 불구하고, 램-틱틴이 지적한 개별 역량 사이의 상호작용이나 상호 영향력을 강조한 나머지, 총체적으로 접근하다가 차별성을 잃어버릴 수 있는 점은 유의해야 한다. 상호작용이나 영향력을 설명하다보면 범위를 확대하는 형태로 설명하게 되며 여기에서 광의의 개념이 가지는 모호해지는 문제가 발생하기 때문이다. 그러한 이유로 그녀는 건강 개념이 중층적이라는 사실을 정확히 파악하고 있음에도 불구하고 좁은 의미로서의 건강 개념에 기초한 보건의료의 배분적 정의에만 초점을 맞추고 있다.

그러나 램-틱틴이 협의의 건강 개념에 대해서 역량 이론을 적용하겠다는 것은 기존의 정의론에서 말하는 배분정의에 국한해서 보겠다는 입장에 불과하다. 이는 램-틱틴이 기존 배분정의논의에서 벗어나지도 못한 상태에서 배분정의와 관련된 용어들을 역량 이론에서 쓰이는 용어들로 대체하는 것에 불과하게 만든다. 더욱이 그녀는 건강 개념을 둘러싼 논쟁이 계속 순환하는 것에 대하여 고민하기보다는 회피하면서 실질적인 해결책을 제시해주지 못한다.

벤카타푸람의 건강 개념이 실패한 이유는 너스바움의 역량 목록을 활용함에 있어서 건강 개념을 구체화하는 것을 목표로 했음에도 불구하고 건강 역량을 메타 역량으로 상정해야 하는 근거를 제시하지 못하였기 때문이다. 건강 역량을 메타 역량으로 설정하는 것은 한편으로 개별 역량의 상호작용이나 상호 영향력을 설명할 수 있는 좋은 도구를 제공한다. 그러나 건강 역량만이 메타 역량이 될 수 있는지 혹은 되어야 하는지에 대한 근거를 제시하지 못했다. 앞에서 든 예시에서도 보았듯이, 건강 역량은 인간다운 삶을 영위하는데 중요하지만 그것과 관련이 없어 보이는, 상상력이나 관계 등과 같은 다른 역량들도 똑같은 중요성을 지니고 있다. 개별 역량들은 단독으로도 작용하지만 상호작용을 통해 시너지 효과를 내기도 한다. 그러나 이러한 상호작용에서의 역량의 공헌도는 각 적

용 사례에 따라 달라질 수 있고 건강 역량이 전혀 적용되지 않으면서 다른 역량 들끼리 상호작용하는 경우도 있을 수 있다.

이와 같은 이유로 건강 개념은 중층적인 개념으로서 접근되어야 한다. 건강 개념의 중층적인 특징을 고려하지 않았을 경우에는 앞서 지적한 것과 마찬가지로 건강 개념을 둘러싼 논쟁의 순환 고리에서 벗어날 수 없기 때문이다.

IV. 너스바움의 ‘핵심인간역량 목록’에 따른 건강 개념

이 장에서는 이제까지 살펴본 건강 개념을 너스바움의 핵심역량목록과 연결짓는다. 중층적 건강 개념을 논의하기 위해, ‘역량’ 개념을 보다 상세하게 고찰한 뒤에 중층적 건강 개념에 적용해 볼 것이다.

1. 역량 접근법에 관한 개괄

‘역량 접근법’(capability approach)¹⁸⁰⁾은 인도 출신 경제철학자인 아마티아 센(Amartya Sen)의 1979년 태너 강연(Tanner Lectures)에서 처음 제시되었던 것으로 “삶의 질에 대한 접근법”¹⁸¹⁾이다. 그는 당시에 평등과 관련한 3가지 주요한 입장들, 1) 공리주의적 평등(Utilitarian equality), 2) 전체적 효용에서 있어서의 평등(Total utility equality), 3) 롤스의 정의론에서 제시하는 평등(Rawlsian equality)에 중대한 한계점이 있다고 지적하였다.¹⁸²⁾ 그것은 다양한 방식으로 논의될 수 있는 평등의 한 측면을 바라보기 때문에 다른 측면을 놓치게 된다는 것이다. 특히 롤스의 추상적이고 보편적인 정의론이 놓치는 부분을 비판하면서 개개인이 겪는 구체적 상황에 따라 달라져야 할 실질적 정의의 내용을 ‘역량’(capabilities)이라고 하는 개념을 적용하여 평가해야 한다고 주장하였다. 롤스는 원초적 입장에서 특정한 관점이나 가치를 배제하면서 공동체 내에서의 최선의 이익을 추구하려고 한다. 이러한 롤스가 가정하는 상황은 매우 추상적이며 보편적인 ‘이상’(ideal)의 경우이다. 특히 롤스는 실질적인 그룹 내에 존

180) 역량 접근법은 영어로 ‘capability approach’ 혹은 ‘capabilities approach’을 한국어로 번역한 것이다. 국내에서는 한동안 ‘capability’ 혹은 ‘capabilities’에 대한 번역이 통일되지 않았으나 최근에는 여기에서는 ‘역량’으로 번역하는 것으로 모아지고 있다. 여기에서는 ‘capability(capabilities) approach’를 ‘역량 접근법’으로 번역한 용어를 사용할 것이다. 이와 같은 국내에서의 번역 논의에 관해서는 목광수, 「역량 중심 접근법과 인정의 문제: 개발 윤리와의 관련 하에서 고찰」, 『철학』, 제104집, 2010, p.217, 주3; p.134, 주1 참조.

181) 허성범, 「역량과 인권: 센과 누스바움」, 『시민인문학』, 제25호, 2013, p.134.

182) Amartya Sen, "Equality of What?," S.M.McMurrin ed., *Liberty, Equality, and Law: Selected Tanner Lectures on Moral Philosophy*, Cambridge: Cambridge University Press, 1979.

재하는 다양한 개인들의 기득권과 가치들을 고려하지 않고 객관적인 관찰자의 위치에서 공평성을 판단해야 한다고 주장하면서, 무지의 베일을 가져야 ‘공정으로서의 정의’에서 유일한 원칙에 의한 집단을 상정하고 있기 때문이다. 이러한 상황에서는 실제 다양하게 나타나는 맥락에 따라 다르게 해결되어야 할 문제를 포착할 수 없다.

‘역량’은 센이 제시한 일반 여성과 임산부에게 영양학적 측면에서 실질적인 평등을 어떻게 가져다주어야 하는가에 관한 예시¹⁸³⁾에서 잘 보여준다. 이때 롤스의 평등주의나 공리주의의 입장이 주장하는 것처럼 동일한 양의 식량을 제공하게 되면 그 임산부는 결코 실질적 평등을 누리지 못한다. 임산부는 자신이 품고 있는 태아로 인하여 하루 권장 칼로리가 2,000칼로리인 일반 여성들보다 150~300칼로리를 더 섭취해야 한다. 그러므로 임산부와 일반 여성에게 식량을 제공할 경우에는 임산부가 추가로 섭취해야 하는 몫을 더 제공할 수 있을 때, 그 임산부가 일반 여성과 동등한 일상생활에서 누릴 수 있는 다양한 기회, 즉 ‘역량’을 향유할 수 있다. 이 경우에 임산부와 일반 여성의 다양성에 영향을 미치는 요인은 개인적 이질성이라고 할 수 있다.

또한 같은 종류의 의학적 처치, 예를 들어 자연분만을 하게 된 두 명의 산모를 떠올려보자. 이때 한 산모는 혈액에서 혈소판 수치가 정상보다 훨씬 낮아 출혈을 동반하는 분만과정에서 혈소판 수혈이 요구될 수 있는 경우가 있다. 다른 산모는 혈액과 관련하여 정상적인 수치를 보이기 때문에 달리 분만과정에서 출혈이 일어날 경우, 보통의 적혈구 수혈로 충분히 대비될 수 있다. 이때 두 산모 모두 같은 자연분만 시술을 받게 되지만 혈소판 수치가 낮은 산모에 대해서는 분만 전에 혈소판 수혈이 이루어져야 정상적인 혈소판 수치를 가진 다른 산모만큼이나 안전한 확률로 분만을 할 수 있는 것이다. 이러한 경우에도 두 산모는 이질적 신체적 특징과 같은 개인적 이질성에 의해¹⁸⁴⁾ 서로 다른 상황에 처하게 된 것이다.

183) Amartya Sen, *Development as Freedom*, 1999. 박우희 옮김, 『자유로서의 발전』, 세종연구원, 2001, p.98

184) Amartya Sen, *The Ideas of Justice*, 2010. 이규원 옮김, 『정의의 아이디어』, 지식의 날개, 2019. p.287.

혹은 같은 질병, 후천성면역결핍증을 앓는 환자들 중에서 유명한 미국 농구 선수인 매직 존슨(Magic Jonson)과 아프리카의 모자수직감염으로 AIDS에 걸린 영아 또한 같은 병을 앓는다는 점에서 똑같은 치료법이 적용되어야 하는 것처럼 보인다. 그러나 실제로 매직 존슨은 후천성면역결핍증이 불치병으로 여겨지던 시절부터 바이러스를 억제할 수 있는 최첨단의 고가 약물치료에 대한 접근성이 용이한 경우로 약물치료를 받는 것을 제외하면 수십 년째 일반인과 건강상태와 생활을 영위하고 있다. 반면에 아프리카의 수많은 AIDS를 앓는 영아와 아동들은 고가 약물 치료를 받기 위해 지불해야 하는 치료비는커녕 그 치료를 제공할 수 있는 의료시설에 대한 접근 가능성도 희박하다는 점에서 사회적으로나 환경적으로나 매직 존슨과는 매우 다른 처지에 놓여 있다. 같은 AIDS를 앓고 있어도 매직 존슨과 아프리카의 영아들은 센서로 다른 환경(environment)과 사회적 상황(social climate)에 의해 치료에 대한 접근성이 달라진다.

위에서 다른 예시들에서 보듯이 불평등은 하나로만 설명이 되는 것이 아니다. 오히려 그것을 해결하는 방법은 사안에 따라서 다양하게 나타난다. 이는 불평등이 단순히 결과적 평등으로서가 아닌 다양한 상황과 맥락을 고려하면서 실질적으로 해결되어야 함을 보여준다. 예를 들면, 같은 재화가 다른 양이 분배될 수도 있고(첫 번째 사례) 같은 재화 이외에 다른 재화가 한쪽에 추가적으로 제공될 수도 있으며(두 번째 사례) 또는 같은 서비스(의료 서비스)가 제공되더라도 그것이 제공되는 경로에서 다른 재화와 서비스가 요구되는 경우(세 번째 사례)가 있을 수 있다. 이들은 모두 분배와 관련되어 있지만 각각의 구체적인 내용이 다른 사례들이다. 이처럼 다양성을 야기하는 요인에 대해서 셴은 다음과 같이 최소한 네 가지 요인을 제시한다. 첫째, 개인적 이질성은 사람들의 나이, 연령, 장애, 질병 등과 관련된 신체적 특징을 가리킨다. 이로 인해서 장애가 있거나 질병에 걸린 사람들은 건강한 사람들보다 더 많은 역량을 요하게 된다. 둘째, 각 사람마다 처한 물리적 환경이 달라질 수 있다. 특히 환경적 요건의 특징은 이것이 사람들-특히 공동체-의 노력으로 바뀔 가능성이 없는 것은 아니지만 대개는 이미 주어진 것으로 여겨지고 이를 바꾸기가 어렵다는 점이다. 셋째로, 공중보건이나 교육과 같은 사회적 풍토의 차이도 개인 간의 다양성에 영향을 미친

다. 마지막으로 한 공동체가 갖는 관점의 차이 내지 행동 유형의 차이가 경제적 불평등을 비롯한 각 사람들의 상황을 다르게 만들기도 한다.¹⁸⁵⁾

그러므로 이것들을 실질적으로 해결하기 위해서는 각 개인이 처한 상황과 맥락이 다르다는 사실, 즉 각 개인의 다양성을 고려하는 것이 ‘역량 접근법’이다.

(1) 역량이란 무엇인가?

센은 기능과 역량의 관계¹⁸⁶⁾를 설명하는데 있어서 먼저 다양한 기능의 종류들을 설명하였다. 이는 성취 수준에 따라 달라지는데 생존과 직결된 ‘적절한 영양 섭취, 좋은 건강 상태, 질병으로부터의 해방, 수명을 유지하는 것’과 같은 가장 기본적인 수준의 기능들부터 ‘높은 삶의 질을 누리거나 자기 존중, 공동체 참여’ 등과 같은 보다 복잡한 수준의 기능들까지 여러 층위에 걸쳐있다.¹⁸⁷⁾ 이때 기능(들)은 실현되는 결과로서 나타나 한 개인의 안녕에 기여하는 역할을 한다면 역량은 그것을 확보할 수 있는 자유 또는 기회로서 표현된다. 예를 들면, 교육과 관련하여 한 사람이 좋은 학교에서 진학해서 뛰어난 학업성취를 이룬 결과는 교육 기능의 일부를 구성한다. 그때 그러한 결과를 가능케 하는 ‘실질적인’ 기회 혹은 그렇게 할 수 있는 선택할 ‘실질적인’ 자유가 바로 역량에 해당하는 것이다. 혹은 협의의 건강 개념이 지칭하는 상태, 즉 좋은 건강 상태 또한 일종의 기능이 될 수 있다. 이때는 질병이 부재할 수 있는 상황을 선택할 수 있는 기회 내지 자유가 역량으로 표현될 것이다.

185) Sen, 2019, pp.287-288; 그러나 센은 전작인 「자유로서의 발전」에서는 실질소득과 이익-복지와 자유를 포함하는-의 관계에서 다양성(차이)를 유발하게 되는 요인으로 위에서 든 네 가지 외에 가족 내에서의 분배도 제시하였다. 가족 구성원 내에서는 소득을 버는 사람과 벌지 못하는 사람이 사용의 관점에서의 소득을 공유하기 때문이다. 센은 가족을 사용 관점에서 소득의 기본 단위로 파악한다. 그런데 가족 내 개개인의 복지나 자유는 그 가족이 얻는 소득을 어떻게 사용하느냐에 따라 달라지게 된다. 특히 가족에서는 성별이나 나이, 인지도된 필요 등에 의해서 어떻게 배분할 것인지가 결정된다(Sen, 2001, pp.98-99).

186) 너스바움은 기능과 역량을 동전의 양면에 비유하는데 이때 기능은 역량의 적극적 실현이라고 말한다: Nussbaum, 2015, p.40.

187) Amartya Sen, *Inequality Reexamined*, 1993. 이상호·이덕재 옮김, 『불평등의 재검토』, 한울아카데미, 1999, p.80.

그런데 이러한 기회 내지 자유의 성격은 다양하지만 일반적으로 도구적 성격을 띠며 1) 정치적 자유, 2) 경제적 편익, 3) 사회적 기회, 4) 투명성의 보장, 및 5) 보호적 안전으로 유형으로 나뉜다.¹⁸⁸⁾ 이것들은 각자 사람들의 일반적인 능력을 성장시키는데 기여할 뿐만 아니라 상호보완적이기도 하다. 그러므로 센은 이들의 결합적 중요성과 경험적 연관관계에 주목할 필요성에 대해서 지적한다.¹⁸⁹⁾

너스바움 또한 역량을 정의할 때, ‘한 사람이 무엇을 할 수 있고 무엇이 될 수 있는가’라는 질문에서 시작하면서 센이 제시한 역량의 개념과 동등하지만 역량의 내용을 ‘내적 역량’(internal capabilities)과 ‘결합 역량’(combined capabilities)으로 나누어 보다 구체적으로 설명하고자 한다.¹⁹⁰⁾ 그녀에 따르면 ‘내적 역량’은 성격, 지성, 건강, 내재화된 학습, 인지, 동작 등을 포함하는 개인의 특성과 관련되지만 시공간의 변화 등 맥락에 따라서 변화 가능성을 지니고 있다.¹⁹¹⁾ 그렇기 때문에 그것은 대부분 훈련을 통해 습득된 특징이나 재주(talent) 등으로 발현된다. 예를 들면, 중·고등학교에 재학 중인 한 청소년이 학교에서의 학습을 통해 익히게 된 지식과 교양, 학교라는 단체생활에게서 얻게 된 사회성과 에티켓 등이 내적 역량에 해당될 수 있다. 즉, 그 역량이 외부적 요소에 의해 길러질 수는 있지만 그 역량을 지니는 개인의 특징으로 말할 수 있을 정도로 귀속성이 강한 것이 내적 역량이다.

반면에 ‘결합 역량’은 한 개인이 전체적으로 지니고 누릴 수 있는 기회의 총

188) Sen, 2001, p.60.

189) Sen, 2001, p.61.

190) 본래 너스바움은 분석적 이해를 위해 역량을 ‘기본 역량’(basic capabilities), ‘내부 역량’, ‘결합 역량’으로 나누어 살펴보았다(Martha Nussbaum, Women and Human Development: The Capabilities Approach, Cambridge: Cambridge University, 2000, pp.84-85; 허성범, 2013, p.151, 주33) 참조). 그러나 너스바움은 ‘선천적인 힘(능력)’(innate powers)이라고 하는 것을 드러내기 위해서 ‘기본 역량’이라는 말을 사용할 수 있지만 이 개념은 신중하게 적용해야 한다고 주장한다. 이는 잘못하면 사람의 정치적, 사회적 권리가 타고난 지능이나 재능에 비례해야 한다는 주장에 이용될 수 있기 때문이다(Nussbaum, 2015, pp.38-39). 너스바움은 ‘기본 역량’을 제대로 이해한다면 유용한 개념임을 인정하지만 ‘내적 역량’의 일부로 파악하고 있기 때문에 여기에서도 ‘내적 역량’과 ‘결합 역량’으로만 나누어 보기로 한다.

191) Nussbaum, 2015, p.36.

합, 선택의 표현을 빌리면 “선택 가능한 기능의 조합을 성취하는 실질적 자유”에 해당한다. 즉 ‘결합 역량’은 한 개인을 둘러싼 상황 등 외부적 요소가 결합하여 그가 가지는 전체적인 자유 내지 기회를 말하는 것이다. 앞서 살펴본 교육이나 학습과 관련된 예시에서 살펴본다면, ‘결합 역량’은 중고등학교 학생이 자신의 학교생활 과정에서 선택하고 행동할 모든 기회 내지 자유를 말한다. 예를 들면, 그 학생이 자신이 다니고 싶은 학교를 선택할 자유, 학교생활에서 안전하고 쾌적하며 위생적인 환경을 누릴 수 있는 자유 등이 결합 역량의 내용이 될 수 있다.

그러나 ‘결합 역량’과 ‘내적 역량’은 구별이 되는 개념이면서도 서로 밀접하게 연결되어 있어서 실질적으로 구별이 되지 않을 수도 있다. 교육 기능이 학습을 통해 한 개인에게 내재화되면 그 사람에게 귀속되는 특징이 된다면 그것은 내적 역량으로 작용하지만, 내전 지역에 거주하는 아동들은 자신을 둘러싼 환경이 결합 역량으로서의 교육을 받을 기회를 차단하기 때문에 교육을 통해 형성될 수 있는 내적 역량마저도 박탈될 수 있다.

이처럼, 너스바움이 역량을 ‘내적 역량’과 ‘결합 역량’으로 구분하는 것이 반드시 요구되는지, 이미 선택의 역량 개념에서도 앞서 살펴본 것처럼 역량이 여러 층위로 결합된 복합 개념으로 파악되고 있다는 점에서 의문이 제기될 수 있다. 특히, 내적 역량과 결합 역량은 개념적으로는 구별이 되지만 실질적인 그 관계가 매우 밀접하다는 점을 강조하는 것 이상의 의미가 없는 것처럼 보일 수 있기 때문이다. 내적 역량은 결합 역량에 부분집합으로 포함되는 것처럼 보이기 때문에 개념상으로는 구분이 되지만 실질적인 구분이 이루어지지 않게 된다. 그러나 내적 역량과 결합 역량을 구분할 때, 그 밀접한 관계를 언어화하는데 이점이 존재한다. 특히 이는 핵심인간역량의 목록의 내용들이 중첩된다는 이유로 한 역량이 다른 역량의 최소요구치도 대신할 수 없음을 설명할 때 유용하다. 이는 바로 뒤에 설명할 역량 접근법의 다원주의적 성격과도 연결이 된다.

한편 역량 접근법의 또 다른 특징은 그것이 한 사회에서 통용되고 있는 법이나 도덕과 같은 규범과 같은 단일한 척도로 개개별 사람 혹은 그 사람들이 모인 인간 집합체(공동체)의 삶의 질을 측정하거나 구성하는 것이 아니라는 것이

다.¹⁹²⁾ 센과 너스바움 모두 역량 접근법이 지니는 다원주의적 내지 복수적(plural) 혹은 다층적인 특징을 인식하고 있지만 그 특징을 토대로 실제역량 접근법을 어떻게 활용할 것인가에 대해서는 견해가 갈리고 있다. 센의 역량 접근법과 너스바움의 역량 접근법의 구체적인 차이에 대해서는 각기 절을 달리하여 설명할 것이다.

(2) 센(Sen)의 역량 접근법

센은 역량 접근법을 통하여 국가 단위의 경제적 발전이 이루어지고, 그 발전을 끌어내는 경제 제도가 잘 운영될 지라도, 그 국가를 구성하는 개개인이 취약한 상태에 놓일 수 있다는 점 및 살아가면서 겪게 되는 물질적 변화와 그로 인한 나쁜 영향 때문에 박탈까지도 겪을 수 있다는 점을 탁월하게 지적하였다.¹⁹³⁾ 그리고 그 개개인의 구체적 상황에 대한 판단은 그가 가치가 있다고 생각해서 실제로 행하고자 하는 역량을 통해 해결될 수 있다.¹⁹⁴⁾ 그러한 이유로 센은 국가에 의한 기초적인 의료보장, 실업급여나 법정 최저 생활비 보조 등등과 같은 제도적 장치로 나타나는 사회적 안전망 제공의 중요성을 강조한다.

이와 같은 사회적 안전망 장치는 취약한 상태에 놓였던 사람들이 본래 가졌던 고유한 능력 내지 역량을 증진시키며 각 요소들이 서로 보완, 강화하는 상호연관성을 지니고 있다. 그러나 이러한 사회적 안전망 장치가 무엇인지에 대해서 센은 구체적인 목록을 제시하지 않는다. 그는 사회적 격차에 역량의 불평등이 크게 작용하는 것에 대해서 언급하고 있으나 그렇다고 역량 접근이 구체적인 해결책을 제시하지 않음을 인정하고 있다.¹⁹⁵⁾ 단지 다양한 예시들이 등장할 뿐이다. 역량 접근법에 관한 그의 저작들에서 꾸준히 정치적 자유나 건강, 교육 등의 중요성이나 앞서 언급된 실업급여나 법정 최저 생활비와 같은 구체적인 예시들이 언급됨에도 불구하고, 센은 그 구체적인 내용들이 무엇인지 상세하게 설명

192) Sen, 1999, pp.86-87; Nussbaum, 2015, pp.32-33.

193) Sen, 2001, p.63.

194) Sen, 2019, p.262.

195) Sen, 2019, p.263.

해주지 않는다. 더 나아가서 그는 그가 이미 언급한 정치적 자유나 건강, 교육이 최소한 어느 정도 충족될 때 사람들이 자신들에게 주어진 역량을 제대로 발휘할 수 있는지에 대해서는 전혀 언급하지 않는다. 다만 그는 역량을 행사하는데 있어서 주어진 정보의 중요성에 대해서 말하고 있다.¹⁹⁶⁾ 오히려 그는 자유를 강조한 나머지, 역량이 강화되어야 하는 이들 스스로 그 내용을 확정해야 한다고 주장한다.¹⁹⁷⁾

역량 접근법이 제시되는데 있어서 밀접한 영향을 미친 사상 중 하나는 아리스토텔레스의 인간의 선(human good)이나 인간 번영(human flourishing)에 대한 관심이라고 할 수 있다.¹⁹⁸⁾ 특히 아리스토텔레스의 인간 번영과 안녕에 대한 관심사는 인간 기능이 무엇인지 확인될 것을 요구하고 있기 때문에 센 자신도 아리스토텔레스의 역량 접근법에 대한 영향을 부정하지 않는다. 그러나 이 둘 간의 연관성에도 불구하고 실질적인 차이점에 대해서도 언급하고 있다. 너스바움은 아리스토텔레스가 인간의 좋은 삶을 구성하는 기능과 관련해서 유일한 목록이 존재한다고 생각하였다 반면에,¹⁹⁹⁾ 센은 각 인간이 처한 상황에 따라 달라질 수 있는 다양한 가능성 때문에 자신의 역량 접근법은 그것보다는 한걸음 더 나아간다고 주장하였다. 센은 오히려 아리스토텔레스와 같이 접근할 경우에는 그 단 하나의 목록으로 인해서 인간 번영이라는 개념 안에서 나타나는 다양한 개개인들 각자가 요구하거나 필요한 바가 지나치게 단순해지는 위험성이 존재한다고 보았기 때문이다. 그러므로 센은 그러한 단순함을 방지하기 위해서 역량 접근법을 어느 정도 모호하고 추상적인 개념과 내용으로 남겨두려고 한다.²⁰⁰⁾

196) Sen, 2019, pp.262-263.

197) Sen, 1999; 2001; 2019; Martha Nussbaum, "Capabilities as Fundamental Entitlements: Sen and Social Justice," *Feminist Economics*, vol. 9., no.2, 2003. p.44.

198) Martha Nussbaum, "Aristotle on Political Distribution," *Oxford Studies in Ancient Philosophy*, supp. vol. 1, 1988; "Non-Relative Virtues: An Aristotelian Approach," Martha Nussbaum and Amartya Sen eds, *The Quality of Life*, New York: Clarendon Press, 1993; Sen, 1993: 특히 너스바움은 인간 번영과 관한 아리스토텔레스의 관심이 오늘날 역량접근과 어떻게 연결되는지를 논증함으로써(Nussbaum, 1988) 자신의 역량 접근법과 센의 그것이 차별화되는 점을 처음으로 보여주었다. 센 또한 아리스토텔레스에게서 어느 정도 영향을 받기는 하였으나 너스바움만큼 명백하지 않다고 본다(Sen, 1993, p.47)

199) Nussbaum, 1988, p.152; Sen, 1993, p.46.

200) Sen, 1993, pp.46-47.

이처럼 각 개개인이 처한 상황에 따라서 역량의 내용이 달라질 수 있다는 점을 지적하고 그 차이점에 따라서 개개인에게 주어져야 하는 자원이나 기회의 내용도 달라져야 함을 주장하는 점은 롤스의 정의론보다는 한걸음 더 나아갔다고 할 수 있다. 그러나 역량의 내용이 개개인의 상황에 따라 달라질 수 있기 때문에 그것의 내용을 각 상황에 처할 때마다 일일이 확정해야 한다는 점은 그 공동체에서 심의민주주의 과정을 거쳐 문제가 해결될 수 있다하더라도 확정될 때까지 불확실성을 남겨두게 된다. 센은 이것은 문화적 다양성을 존중하기 위하여 한 사회의 구성원들 간의 합의를 통해 문제를 해결할 수 있어야 함을 강조한다. 그러나 여성들의 건강 불평등 문제에 있어서, 이것이 성별 차이 외에, 각 여성들이 놓인 국적, 인종, 계층 등의 차이로 인하여 유사성보다는 차이가 더 많이 나타난다 하더라도, 여성이 가지는 신체적 구조에서 오는 유사성과 사회문화적 다양성과 상관없이 나타나는 성차별을 통해서 겪는 불평등 문제는 여성들을 일정한 공통점으로 묶어줄 수 있다. 그리고 이러한 불평등으로부터 최소기준으로서의 임계점을 마련할 때 여성들에 대한 도움이 두터워질 수 있다.

더 나아가, 센이 말하는 자유의 내용과 범위는, 너스바움이 지적한 것처럼,²⁰¹⁾ 매우 광범위하기 때문에 자유를 구성하는 수많은 하부 구성요소들 간의 충돌이 있을 수도 있다. 윌리엄스에 따르면, 이는 어떤 독립된 가치를 두고 판단할 때, 그에 붙여진 여러 요건들이 충돌하는 것과 관련이 있다.²⁰²⁾ 실제 예로, 세대 간의 보건의료자원 배분을 둘러싼 문제는 구체적인 내용을 제시하지 않는 센의 역량 접근법만으로는 해결되기가 어렵다. 이를 연령에 따른 면역성과 보건의료자원 배분과 연결시킨 다음 사례에서 구체적으로 살펴볼 수 있다. 청장년층에 해당하는 성인들이 아닌 어린 아이들과 노년층은 생물학적으로도 면역력에 있어서 청장년층보다 취약하다. 그러한 이유로 이들에 대한 인플루엔자가 유행할 때 이를 예방할 백신 접종이 다른 연령집단보다도 우선시 되는 것이다. 그러나 아동과 노년층의 면역성은 청장년층에 비해 약하다는 점에서 공통될 뿐이지 이들 두 집단 간의 비교 시에는 어느 쪽이 더 면역성이 취약한가는 다른 여러 가지 변수

201) Nussbaum, 2003, p.45.

202) Alan, Williams, "Comment on Amartya Sen's 'Why Health Equity'," *Health Economics*, 12, 2003, p.65.

에 따라 판단해야 한다. 더욱이, 아동과 노년층의 취약한 면역성은 단지 그들의 연령으로만 결정되지 않는다. 그들이 속한 사회경제적 계층, 그들이 거주하는 지역²⁰³⁾, 질병의 종류²⁰⁴⁾에 따라서도 달라질 수 있기 때문이다. 그러한 이유로 연령에 따라서 면역성이 취약한 집단에 속하는 아동과 노년층에게 인플루엔자 백신을 접종해야 하는 상황에서 백신이 부족할 때는 단순히 어떤 연령집단에게 더 많은 백신을 제공되어야 하는 방식으로 문제가 해결되지 않는다.

위와 같은 사례에서 센은 문제를 해결하기 위하여 역량의 내용과 범위를 구체화하는 것에는 어느 정도 여지를 남겨두어야 다양한 상황에 대응할 수 있다고 주장하기 때문에 구체적인 목록의 형태로 나타나는 기준을 설정하는 것을 거부한다.²⁰⁵⁾ 그러나 그 다양성을 강조한 나머지 실질적으로는 그 다양성으로 인해 발생하는 충돌을 해결할 수 없게 된다면, 이는 결과적으로 센이 비판했던 기존 이론들과의 차별성을 잃을 수 있다. 센은 배분 이외에도 정의론은 총합적인 고려사항을 포함해야 한다고 주장하면서²⁰⁶⁾ 다양한 맥락을 간과하는 공리주의나 롤스 식의 평등주의 입장과 같은 배분에 주로 초점을 둔 정의론의 문제점을 지적하였다. 그럼에도 불구하고, 그가 실제로 그 문제점을 해결하기 위한 방법에

203) 방역이 잘 이루어지고 의료 환경 접근성이 좋으며 위생적이고 쾌적한 환경이 제공되는 지역에서는 전염병 확산이 더딜 뿐만 아니라 환자가 발생하더라도 빨리 치유될 가능성이 높기 때문이다.

204) 이는 최근에 문제시되고 있는 A형 간염의 유행이 특정 연령대에서 두드러진다는 점에서 잘 나타난다. 20-40대의 성인들은 아동이나 노년층에 비해 우수한 전반적인 질병에 대한 면역성을 지니고 있지만 A형 간염이라는 특정 질병에 대해서는 다른 양상을 보여주고 있다. 2019년 현재, 40대 이상의 연령층은 자연감염을 통해서 20대 이하의 예방접종을 통해 A형 간염에 대한 항체를 보유하고 있다. 그러나 위생 환경이 비약적으로 개선된 1970~80년대에 성장한 30-40대 성인층은 이 질병에 대한 자연감염을 통한 항체 형성의 기회가 없었으며 A형 간염 예방 접종이 장려된 것은 1990년대 중반 이후 A형 간염이 개선된 위생환경으로 인해 인구집단이 자연항체를 형성할 기회가 사라진 선진국형 질병으로 분류되면서부터이기 때문이다: “A형 간염: 증상, 정의, 사망률, 예방법 총정리”, <https://www.bbc.com/korean/news-48088627> 접속일: 2019. 4.30.

205) 그러나 그는 자신의 여러 저서에서 건강, 교육, 정치, 시민의 자유권, 직업 선택 등과 같은 특정된 구체적 역량의 예시를 들면서 이들 내용은 절대적으로 핵심적이고 협상의 여지가 없음을 강조하고 있다. 그러한 점에서 기본적인 권리로서의 이와 같은 내용을 포함하는 핵심 인간 역량 목록이 있어야 한다고 주장하는 너스바움 자신과 의견을 달리하는 것은 아니라고 너스바움은 평가한다(Nussbaum, 2003, p.43.)

206) Sen, 1995; "Why health equity?," *Health Economics*, vol.11, 2002, p.660.

대해서는 실제 구체적인 대책을 제시하지 않았다는 비판에서 자유롭지 못할 수도 있다.²⁰⁷⁾

(3) 너스바움(Nussbaum)의 역량 접근법

역량의 구체적인 내용과 범위 즉 기준을 규정하는 것을 거부하는 센과 달리, 너스바움은 인간 존엄성과 그것을 확보해줄 삶에 필요한 역량이 어느 정도 확정되어 있어야 한다는 입장으로서는 앞 장에서 언급되었던 10가지 핵심 인간 역량의 목록을 제시한다. 또한, 세계 어디에서나 통용될 수 있는 보편적인 핵심 인간 역량 목록을 제시하기에 세계 각지의 문화적 다양성을 무시할 수 있다는 센의 비판에 대해 다음의 여섯 가지 사항을 제시하며 반박한다.²⁰⁸⁾

우선적으로 너스바움의 핵심역량목록은 완전히 확정된 것이 아니며 각 사회의 특성에 맞게 변경되거나 보충될 수 있는 여지가 있다. 이는 각 국가나 사회마다 역량의 임계치가 다를 수 있다는 점을 인정한 것이다. 다만 최소한의 기준으로서의 임계치를 제시함으로써 인간이 인간답게 살아가도록, 즉 인간 존엄성을 지니고 살아가기 위해서는 그녀가 제시한 목록에서 떨어내지 못하게 한 이유는 세계 각 지역이 지니는 문화적 다양성에도 불구하고 여성을 비롯한 여러 사회 집합들에게서 추출될 수 있는 공통점이 보이기 때문이다. 그 공통된 사항이 그 집합 구성체인 개개인이 속한 사회에서 여러 가지 형태의 불평등을 야기하는 것일 때, 너스바움의 핵심역량목록은 그들이 최소한의 인간다운 생활을 할 수 있는 기준을 제시해주는 것이다.

그러므로 너스바움에게 이 핵심역량목록은 “최소한의 사회 정의, 즉 모든 인간에게 충족되어야 할 최소조건”²⁰⁹⁾이다.

207) 이와 같은 이유로 너스바움은 센의 역량 이론은 일종의 ‘림보’(limbo)와 같은 상태로 남아있다고 비판한다. 예를 들면, 센은 자유에 포함되는 다양한 내용 속에서의 우선순위에 대해서 언급하지 않고 있고 뒤에서 살펴볼 너스바움이 강조하는 역량의 임계치에 대해서도 말하지 않고 있다(Nussbaum, 2003, pp.43-44).

208) 이하, Nussbaum, 2003, pp.42-43.

209) 허성범, 2013, p.155.

역량 접근법은 사회 정의에 관한 완전한 설명으로서 의도된 것이 아니다. 예를 들어 그것은 정의가 임계점 이상의 불평등을 어떻게 다루어야 하는지에 대해서는 전혀 말하고 있지 않다(그러한 의미에서 그것은 롤스의 이론이 답변하는 모든 질문에 답하지 않는다.) 그것은 최소한의 핵심 사회적 권리(entitlement)를 설명하는 것이며, 모든 시민들이 임계점을 이상에 위치할 때 제기되는 정의와 분배의 문제들을 어떻게 다룰 것인가에 관한 다른 견해들과도 양립한다. 그것은 권리(entitlement)에 관한 이 목록이 정치적 정의에 관한 철두철미한(exhaustive) 설명이라고 주장하는 것도 아니다.²¹⁰⁾

두 번째로 그녀가 말하는 것처럼 목록은 여전히 추상적이고 일반적인 개념들을 담고 있다. 이는 앞서 살펴본 열려있는 역량 목록의 특징과도 연결되는 것이다. 예를 들면, 10개의 목록 가운데 신체적 건강만 하더라도 각 국가나 문화권에 따라서도 그 내용이 달라질 수 있는 것이다. 너스바움이 제시한 신체적 건강 역량의 구체적인 내용의 예시 중 하나인 재생산 건강과 관련해서도 각 문화권에 따라서 인식하는 범위가 달라질 수 있다. 이는 앞서 살펴본 여성의 생리나 임신, 출산과 관련한 정책이 각 나라마다 그 기준이 다른 것에서도 엿볼 수 있는 것이다. 예를 들면, 여성들이 출산을 하더라도 임신과 출산 이전 상태로 돌아가기 위한 회복기간으로서의 출산 휴가가 필요하지만 그 기간은 그 여성이 속한 사회의 가치관에 따라서 달라질 수 있다. 이 경우에 출산과 육아를 경험한 여성을 보다 배려하는 사회에서는 그 기간을 넉넉하게 제공할 것이며 더불어 그 기간을 어떻게 쓸지에 대한 결정권 또한 그 여성 당사자에게 맡길 것이다.

세 번째로 또한 이 목록은 사람들이 인간존엄성을 누릴 수 있도록 하기 위한 정치적인 목적을 지녔을 뿐, 사람들을 문화와 종교에 따라서 나누는 형이상학적 관념에 근거를 둔 것이 아님을 강조한다.²¹¹⁾ 즉, 이 목록은 인간으로서의 공통

210) Nussbaum, 2006, pp.75-76.

211) 물론 너스바움은 이를 강조하지만, 실제로 재생산과 관련된 내용인 낙태는 최근 한국에서도 헌법재판소의 낙태죄에 관한 헌법불합치 선언을 둘러싸고 천주교와 같이 낙태를 반대하는(pro-life) 집단과 여성운동 단체와 같이 낙태를 찬성하는(pro-choice) 집단 간의 첨예한 견해 대립을 낳는 이슈(issue)였다.

점에 착안해 인간다운 생활을 확보할 수 있도록 기준을 제시하는 일종의 틀이나 모듈인 것이지 궁극적인 내용을 포함하는 것은 아니라는 것이다. 달리 말하면, 너스바움의 목록은 인간다운 생활을 위해 필요한 내용에 대하여 언급하고 있지만 그것을 각 국가나 사회가 시행해야 할 의무를 부과하는 힘을 갖고 있지 못하다.

네 번째로 그녀가 제시하는 정치적 목표가 단순히 기능보다는 보다 포괄적이고 전체적인 역량이기 때문에 다원주의가 보호될 것을 강조한다. 이는 권리나 기회로서의 기능을 너무 단순한 형태로 제공할 때, 오히려 그 기능이 그것을 받은 이의 다른 내용의 자유를 제약할 수 있다는 점을 고려한 것이다.²¹²⁾ 이는 너스바움의 '핵심인간역량' 목록이 구체적인 지침을 제시해주는 규범으로 작동함으로써, 그 사회 구성원들의 자유를 훼손할 수 있다는 비판에 대한 반박이라고 할 수 있다. 너스바움은 한 사회에서 인간답게 살아가기 위한 최소한의 기준은 필요하지만 그것이 규범으로 작용하여 향후 발생할 수 있는 다른 구성원의 소극적 자유를 침해하거나 제한하게 되는 것을 원치 않는다. 그녀가 보호해야 한다고 주장하는 역량은 그 적극적 내용과 소극적 내용이 모두 보호될 수 있어야 한다.

다섯 번째로 위에서 말한 다원주의를 보호하는 자유가 목록 항목 중에서도 가장 중요하며 목록에서 결코 제외되어서는 안 됨을 강조하고 있다. 이는 핵심 역량 목록들의 내용이 도구적인 성격을 띠고 있음에도 불구하고 자유만큼은 그에 관한 내용을 더할 수는 있을지언정 그 내용을 목록에서 축소시키거나 아예 삭제하면 안 된다는 것이다.²¹³⁾ 자유는 인간 사회에서 보편적으로 인정되고 있는 가치로서 목록의 정당성을 강화해주는 역할을 한다.²¹⁴⁾ 이와 같은 자유의 강조는

212) 이를 보여주는 예로서 너스바움은 투표권을 강제 투표와 같이 적극적인 권리로서만 단순히 인식할 경우에 미국 아미쉬(Amish) 교도들과 같이 종교적 신념 때문에 투표를 거부하고자 하는 사람에게는 투표를 안 할 소극적 권리가 위반되었다고 여겨질 수 있다고 한다 (Nussabaum, 2003, p.43.)

213) 다원주의를 보호하는 자유의 내용은 언론의 자유, 집회의 자유, 양심의 자유를 포함하며 이는 핵심인간역량 목록에서 일곱 번째 항목인 '관계'(affiliation)의 내용을 이루고 있다. 너스바움은 도구로서의 이 역량목록의 역할을 강조하면서도 이것이 담고 있는 내용은 일종의 최소한의 기준이기 때문에 내용을 더할 수는 있어도 뺄 수 없음을 강조한다.

214) Lasse Nielsen, "'Why Health Matters Justice: A Capability Theory,'" *Ethical*

중요한 것은 여성의 건강 불평등과 관련된 사례가 그 여성(들)이 그러한 상황에 처하는데 있어서 자신의 자율성이 허락되지 않는 경우와도 연결될 수 있을 것이다. 또한 너스바움과 같이 기준으로서의 목록을 설정하는 것이 역량 이론이 적용되어야 하는 사회 구성원들의 자유를 제한할 수 있다는 센의 비판에 대하여 반박할 수 있게 된다.

마지막으로 이 역량 목록의 도구적인 성격의 기준을 강조하기 위해서, 정당화 문제와 실행의 문제가 서로 다른 문제임을 강조한다. 즉, 이 목록은 왜 인간이 그 존엄성에 걸맞은 삶을 누려야 하는지에 대한 이론적인 정당성을 제공하는데 더 초점을 두고 있다. 이 정당성을 기초로 하여 서로 다른 역사와 배경, 상황을 지닌 국가들이 각기 그 사회에 알맞은 제도를 시행하는 것은 다음 문제인 것이다. 이를 통해서 너스바움은 원칙을 제공하지만 이를 다른 역사와 문화를 지닌 사회에 강요할 수 없다는 것을 밝히고 있다.

이처럼 센과 너스바움은 역량 이론을 전개함에 있어서 실질적으로 선택할 수 있는 자유를 중시하면서, 그들의 사례 연구에서 영감을 얻은 예시들을 풍부하게 인용하고 있지만 차이를 보인다. 센은 이 예시들을 역량 연구가 지니는 복수성을 보여주는 용도로 사용하면서, 실질적인 해결책은 각 해당 사례의 당사자들의 자유를 보장해야 한다는 이유로 그들 자신에게 맡겨둔다. 너스바움 또한 사례 연구로부터 얻은 예시들을 통해 경제적 빈곤이나 성차별, 혹은 기타 인간답게 살아가는데 필요한 요소들이 박탈된 경우들을 해결하는데 있어서 서로 각기 다른 역사와 문화적 배경을 가진 사회들에서도 보편적으로 인정될 수 있는 최소한의 기준을 추출해낼 수 있다고 본다.

이처럼 역량 이론의 대표하는 두 학자들은 이처럼 같은 문제의식에서 출발하면서도 매우 다른 해결책을 제시한다. 이때 중층적 개념으로서의 건강과 결합해야 할 역량 이론의 내용이 무엇인지에 대해서는 절을 바꾸어 설명하기로 한다.

Theory and Moral Practice, 18, 2015, p.412.

(4) 건강 개념에 너스바움의 역량 이론이 적용되어야 하는 이유

센은 건강이 인간이 살아가는 있어서 가장 중요한 조건 중 하나임을 강조하였다. 그에 따르면 “인간 역량의 효율적인 구성뿐만 아니라 공정한 분배의 필요를 수용하는 사회 정의의 개념이 인간의 삶에서 작용하는 건강의 역할과 그 사람이 좋은 건강을 획득하는 기회를 무시할 수 없다.”²¹⁵⁾ 그러한 이유로 그는 질병으로부터의 자유로움, 본래 기대할 수 있었던 수명의 보장 등과 관련된 건강 형평성은 정의에 관하여 보다 큰 관점에서 이해해야 한다고 주장한다. 예를 들면, 빈곤으로 인한 영양실조라던가 위생상태가 좋지 못한 공동체에서 유행하는 질병은 사회정의에 반하는 모습을 보여주는데 이때 건강한 상태 자체를 성취하는 것과 그러한 상태를 성취할 수 있는 역량(앞서 설명한 것처럼 선택할 기회가 주어지는 것)이 구분되어야 한다고 센은 주장한다. 또한 그는 건강 성취와 그것을 향유할 역량과는 별개로 그것들을 가능케 하는 사회적으로 제공되는 시설도 구별할 필요가 있음을 말한다. 그에 따르면, '건강 형평성'(health equity)는 단지 '보건의료자원이 어떻게 배분되어야 하는가'의 문제에 머물지 않는다. 그것은 단일한 GNP 수치에만 의존할 것이 아니라 이러한 수치들을 종합적으로 보여주는 건강과 경제 전반에 걸친 거시적인 관계에서 종합적으로 살펴보아야 하는 것과 관련이 있는 것이다.²¹⁶⁾

실제로 사회 구성원 개개인과 전체 사회의 건강 문제는 단순히 보건의료자원 배분만으로 해결되지 않으며 비침과 철드리스가 그들의 저서에서 생명의윤리의 분야에서의 정의의 문제에 다양한 이슈가 중첩되었음을 지적한 것도²¹⁷⁾ 이와 연관이 있다. 이에 대해서 로버츠 등은 보건의료를 해결하는데 있어서 단일한 해법이 존재하지 않음을 다음과 같이 설명하고 있다.²¹⁸⁾ 세계 각국마다 경제 수

215) Sen, 2001, p.39; 2002, p.660.

216) Sen, “Economic progress and health,” eds. David Leond and Gill Walt, *Poverty Inequality and Health*, Oxford: Oxford University Press, 2000.

217) Tom L. Beauchamp and James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 6th Edition, 2008. 박찬구·최경석·김수정·인선호·조선우·추정완 옮김, 『생명의료윤리의 원칙들』, 서울: 이화여자대학교 생명의료법연구소, 2014, p.426.

218) Marc J. Roberts, William Hsiao, Peter Berman, and Michael R. Reich, *Getting*

준, 사회적 조건 등 처한 상황이 매우 다양하기 때문이다. 구체적으로 살펴보자면, 소득 수준, 의료시설과 의료자원에 접근할 수 있는 기회, 보건의료자원 배분이나 기타 관련된 제도를 운영하는 수준, 그 국가 내지 사회가 보유한 자연자원 및 그곳에서 만연한 질병이나 장애의 종류와 정도가 다 다르다. 그리고 그 사회가 전쟁이나 내전, 테러 등과 같은 이유로 불안정한 상황에 처해있는지 혹은 시민들이 살아가기에 안전하고 정권 교체가 빈번하지 않아서 정치적으로 안정되어 있는지와 같은 상황도 보건의료체계 운영에 영향을 미친다. 그러한 다양한 배경과 사유를 지닌 국가별로 보건의료체계에서 무엇이 우선시되어야 하는가에 대한 문제도 달라질 수 있게 된다. 이는 심지어 흡연이나 알코올 중독, 마약 중독과 같은 건강에 좋지 못한 습관을 가지고 행위하는 시민들에 대한 규제에까지 영향을 미치게 된다. 더욱이 각 국가마다 상이한 정치 지형으로 인하여 보건의료체계가 운영될 수 있는 방식의 경우의 수가 늘어나게 된다. 예를 들면, 국가가 보건의료체계를 전적으로 통제할 수도 있고, 민간부분의 역할이 두드러질 수도 있다. 또한 다양한 정치 체제 속에서 그 상황조건에 맞추어 그 목적과 권력의 양상이 다양한 집단들의 활동에 따라서 보건의료체계와 관련된 정책 마련과 그 운영도 달라진다. 특히 이 연구의 각 부분에서 사례로 들었던 여성의 건강 문제는 이러한 상황을 보다 잘 보여준다. 남녀의 성별차는 지구상 곳곳의 여성들의 실질적 자유를 제한하고 극단적인 경우에 이들의 생명마저도 앗아가고 있는데 이러한 양상들은 각국의 상황에 따라 그 내용과 범위가 다르다. 특히 이것이 두드러지게 나타나는 경우는 선진국과 개발도상국, 특히 후자의 경우, 센과 너스바움이 역량 이론을 개발하면서 주로 사례를 분석했던 인도에서 찾아볼 수 있다. 특히 앞서 살펴보았던 인도 내에서도 성차별이 두드러지지 않는 케랄라와 같은 지역에서는 여성들의 문해율이나 남녀 성비, 기대여명에서의 남녀간 차이에서 다른 양상을 보여주기 때문이다.

너스바움은 인간 존엄성을 지닌 삶을 살아가는데 필요한 역량의 목록을 제시함으로써, 그러한 정책들을 시행해야 하는 정당성과 더불어 해결책의 단초를 제

Health Reform Right, 2004. 신영전 옮김, 『보건의료개혁의 정치학』, 한울 아카데미, 2005, pp.29-30.

공한다. 이때 건강은 인간 존엄성을 지닌 삶에 필요조건 중 하나이다. 그러나 그 필요요건이 내용을 규정하는데 있어서는 막연한 설명보다는 그것의 의미가 무엇인지 분명히 밝히는 작업이 선행되어야 한다. 그 기준의 내용은 협의 혹은 광의로 층위를 이루는 개념으로 파악되면서 각 사례에 따라 달리 적용되는 개념의 중첩성을 드러낼 수 있어야 한다.

이때 너스바움은 핵심 인간 역량을 설명함에 있어서 기본 혹은 내적 역량과 결합 역량으로 구분하고 있으며 이는 각기 협의의 건강 역량과 광의의 건강 역량에 대응시켜 중층적인 개념으로서의 건강 역량을 설명하게 용이한 이론적 틀을 제공할 수 있게 된다. 그러므로 건강 역량의 내용을 잘 분류하고 그것들의 관계를 잘 파악하기 위해서는 최소한의 기준, 특히 보편성이 인정될 수 있는 인간존엄성이라는 기준에 입각한 ‘핵심인간역량’과 건강 개념을 결합할 필요가 있다.

이에 대해서는 아래에서 보다 상세하게 살펴보기로 한다.

2. 너스바움의 핵심인간역량 목록에 따른 건강 개념

(1) 협의의 건강 역량(내적 건강 역량)으로서의 ‘신체 건강’

앞서 살펴보았듯이, 10대 핵심 인간 역량에서 너스바움이 제시한 건강 역량의 내용은 ‘신체 건강’(bodily health)라는 표제 하에 전반적인 (신체적) 건강 상태를 유지할 수 있음, 즉 “재생산에 요구되는 건강 및 포함해 양호한 건강 상태 및 적절한 영양을 공급받고 적합한 주거공간을 보유할 수 있는 것”으로 규정되어 있다.²¹⁹⁾

너스바움의 핵심 인간 역량 목록에서 직접적으로 건강 역량을 다루고 있는 항

219) 또한 ‘신체적 건강’ 이외에도 평균 수명을 보장해야 함을 골자로 하는 ‘생명’(life)과 신체 이동의 자유로움과 성적 자기결정, 자녀출산양육선택에 관한 ‘신체 보전’(bodily integrity) 또한 건강과 관련된 내용으로 구성되어 있다(Venkatapuram, 2011, p.65; 2013, p.276; 목광수, 2014, pp.192-193). 다만 벤카타푸람은 너스바움의 역량 목록 중에서 세 번째에 해당하는 신체 보전 역량은 따로 건강과 관련된 역량으로 제시하지 않았다.

목은 ‘신체적’(bodily)이라는 수식어에 의해 이것이 ‘질병의 부재’로서 정의되는 협의의 건강에 해당되는 것을 보여준다. 신체 기능의 하나인 재생산 기능이 온전하게 유지되는 것을 포함한 신체적 건강은 좋은 영양과 위생 상태를 전제로 한다. 이는 이 장의 앞에서 예를 들었던 임신부가 일반 여성보다 더 많은 칼로리를 필요로 하는 것에서도 잘 나타난다. 임신부는 평상시 자기 자신의 신체적 건강을 유지하는데 필요한 영양분의 일부가 태아의 성장 및 기타 임신을 유지하기 위하여 소모되기 때문에 그 평상시의 신체 기능과 임신으로 인한 추가적 신체 기능을 동시에 영위하기 위해서 별도의 영양분을 필요로 한다.

여성들이 임신했을 때, 가장 결핍하기 쉬운 영양소는 철분이다. 태아는 탯줄이라고 하는 일종의 혈관을 통해 모체와 연결되어있고 모체와 태아간의 혈액 순환과 교환을 통해서 태아 성장이 이루어진다. 이 때문에 임신부의 혈액량이 임신 이전 평상시 상태보다 증가한다. 혈액의 기능이 전신의 세포에 생존에 필요한, 대사 기능에 필요한 산소와 영양소를 공급하고 그 세포에서 생긴 노폐물을 운반하는 것이기 때문이다. 그와 같은 혈액의 기능에서 중요한 영양소는 산소 운반 능력을 결정하는 헤모글로빈을 구성하는 철분(Fe)이다. 이 철분이 부족하면 헤모글로빈 수치가 떨어져 빈혈 증세가 나타난다. 임신부는 자기 자신의 신체 유지뿐만 아니라 태아의 생존과 성장을 위해서도 평소보다 더 많은 혈액순환을 이루어지게 되므로 추가적인 철분이 제공되지 않으면 빈혈에 걸릴 가능성이 높아진다.²²⁰⁾ 그러므로 임신부는 신체적 건강을 유지하기 위해서 추가적인 칼로리와 철분을 필요로 한다. 이와 같이 적절한 영양을 제공함으로써 좋은 건강 상태를 유지할 수 있는 것은 앞서 살펴본 개인의 특성으로 귀속되는 내적 역량의 한 예시를 보여준다고 할 수 있다.

적합한 주거지를 보유할 수 있다는 것 또한 내적 역량의 내용으로 나타날 수 있다. 쾌적한 주거지는 직접적으로 신체 건강에 기여한다. 최근 한국에서는 인체에 심각한 해를 끼칠 수 있는 미세먼지 주의보가 자주 발효되면서 사람들의 건강을 위협하고 있다. 대기 중의 높은 농도로 존재하는 미세먼지 때문에 환기

220) 실제로 한국 임신부의 30%가 임신 중 빈혈을 겪는 것으로 알려져 있다: 노컷뉴스, 2012년 11월 6일자 기사, “임신부에게 흔하게 나타나는 ‘임신빈혈’”, 노컷뉴스, <http://www.nocutnews.co.kr/news/4289575>, 접속일: 2018. 8. 4.

를 통해 오염된 실내 공기를 제거하고 환경을 보다 쾌적하게 할 수가 없다. 오히려 사람들은 외출할 때, 미세먼지를 방지하기 위해 마스크를 쓰는 등 최소한의 보호 장비를 필요로 한다. 실내 공기 오염은 창이나 문을 여는 환기 대신에 공기청정기와 같은 기술적 도움을 받아 해결하게 된다. 미세먼지 등 불순물을 내포하지 않은 깨끗한 공기는 폐 등 호흡기관의 질병이 부재한 상태, 즉 건강한 상태를 유지하는데 필요한 조건이다. 그러므로 오염된 공기가 아닌 신선하고 깨끗한 공기를 누릴 수 있는 실내 환경 혹은 주거지를 보유할 수 있음은 건강한 상태로서의 한 개인의 특성에 기여하기 때문에 내적 역량이 된다.

물론 ‘신체적 건강’ 역량이 그 자체로서 반드시 내적 역량에만 해당되는 것은 아니다. 이는 앞서 너스바움이 말했던 것처럼 내적 역량과 결합 역량이 밀접한 관련성을 맺고 있어 현실적으로 구분하기 어렵기 때문이다. 적절한 영양분과 주거지가 제공되는 것은 신체적 건강에 이바지하는 점에서 내적 역량으로 분류될 수도 있지만 우리는 외부적 사정, 즉 “정치적, 사회적, 경제적 상황”²²¹⁾으로 인하여 세계 각지에서 다수의 사람들이 그 적절한 의식주를 누리지 못하는 경우를 찾아볼 수 있다. 최근에 발생했던 서울 종로 고시원 화재 사건만 하더라도 이러한 경우를 잘 보여준다. 지난 몇 년간 지속적으로 한국 사회에서 나타난 부동산 가격 폭등과 같은 사회경제적 요인으로 인해 주거비용이 올라감에 따라서 경제적으로 빈곤하거나 취약한 이들이 적합한 주거공간을 향유할 수 없는 것은 결합 역량으로서의 건강을 제대로 발휘할 수 없는 것이다.

그러나 ‘신체적 건강’ 역량의 내용은 대부분 한 개인의 건강 상태와 같은 개인적 특성에 기여하다는 점에서 내적 역량에 더 가까운 내용으로 파악할 수 있을 것이다. 그러므로 너스바움의 ‘신체적 건강’ 역량 개념은 ‘협의의 건강 개념’에 대응되는 건강 역량인 동시에 ‘내적 역량으로서의 건강’에 해당한다고 할 수 있다.

221) Nussbaum, 2015.

(2) 광의의 건강 역량(결합 건강 역량)

너스바움은 핵심인간역량 목록의 각 항목이 각기 다른 내용이기 때문에 어떤 항목의 내용이 희생되는 대신에 다른 항목의 내용이 보상으로 제공될 수 없다고 말한다. 즉 각각의 항목이 “다른 하나로 환원될 수 없으며 고유한 방식으로 보장, 보호되어야 한다.”²²²⁾ 예를 들면, ‘신체적 건강’ 역량을 희생하는 대신에 그것을 ‘신체 보전’ 역량으로 보상할 수 없는 것이다. 오히려 각 역량들은 그 각각의 최소한의 수준(역치)을 달성하기 위해서 결합할 수 있다. 내적 역량으로 작용하는 하나의 역량 항목에 다른 종류의 역량들이 외부적 요소로서 결합될 수 있는 것이다. 이를 이전 장에서 들었던 생리, 월경의 예시를 ‘신체적 건강’과 ‘신체 보전’ 역량의 결합의 측면에서 통해 살펴보면 다음과 같다.

가임기 여성이 겪는 생리, 월경에 동반되는 출혈과 통증을 잘 통제할 수 있는 것은 ‘신체 건강’에서 말하는 양호한 건강의 한 내용인 재생산 건강 상태와 밀접한 관련이 있다. 비정상적인 출혈이나 과도한 통증은 자궁내막증과 같이 오히려 난임의 증세를 나타내기도 한다. 그뿐만 아니라 생리 중의 정상적인 출혈과 생리통 또한 그 자체로 생리를 겪고 있는 여성의 전체적인 신체 건강 상태, 즉 컨디션(condition)이라고 일컬어지는 바에 영향을 평소와 다른 영향을 미침으로써 일상생활에까지 지장을 주기도 한다. 컨디션은 뒤에서 설명할 ‘감정’ 역량과도 밀접한 관련을 지닌다. 신체적으로 불편한 증상을 겪는 경우, 그 사람은 보통 감정 상태가 좋지 못하며 이는 그의 일상 업무, 인간관계에 부정적 영향을 미치게 되기 때문이다. 실제로 생리 중인 여성들 다수가 통증이나 호르몬 분비의 영향 등으로 불쾌한 감정을 많이 느끼며 평소보다 예민한 감정 반응을 보이기도 한다.

그러나 특히 재생산 건강의 측면에서 ‘신체적 건강’은 다른 역량 항목보다 이 역량과 보다 밀접한 내용적 관련성을 지닌 ‘신체 보전’과 결합될 경우, 보다 넓은 의미의 역량 내용으로 확대된다. 다시 생리, 월경의 예시에서 이를 살펴보면, 생리 증상으로 인한 신체적 불편함은 당장 생리 중인 그 여성의 이동성에 직접

222) Nussbaum, 2015, pp.51-52.

적인 영향을 미친다. 이는 내적 역량의 내용으로서 순전히 신체적으로 불편한 상태(증세)가 직장에 출근하거나 여행을 하거나 하는 등의 그 여성의 이동할 기회를 방해하는 경우도 있지만 생리에 대한 금기와 같은 사회·문화적 요인이 그 여성의 이동할 기회, 자유를 구속하기도 한다. 생리혈이 새어나와 겉옷을 버릴지도 모른다는 우려로 인해 외출을 꺼리는 것이 단적인 예이다. 앞 장에서 언급했던 네팔의 차우파디 관습 또한 ‘신체적 건강’과 ‘신체 보전’ 두 역량의 측면에서 결합 역량이 침해되는 전형적인 예를 보여준다. 이 두 가지가 결합한 역량이 침해될 때, 예를 들어, 한 여성이 오랫동안 계획했던 해외여행 도중에 생리가 시작되었고 하필이면 여행하는 지역이 생리에 대한 금기가 다른 지역보다도 엄한 경우에, 그녀는 신체적으로 불편한 증상뿐만 아니라 자신의 행복을 추구하기 위한 그 여행을 실천하기 위한 자신의 이동이 위협받기 때문에 그 여행을 중단해야 한다. 이때 생리 현상은 진통제나 위생용품으로 좁은 의미의 건강을 회복할 수 있다. 그러나 여행하는 지역의 생리에 대한 금기는 여행하는 그 여성의 신체적 안전을 위협할 수도 있고 이미 그녀의 행복을 구성할 수 있는 계획을 수포가 돌아가게 함으로써 그녀의 정신적 건강에도 영향을 미친다.

한 임신부가 자신의 현재 건강 상태와 출산 이후의 건강 상태, 자신의 선호도 등을 고려하여 자신의 주치의와 상의해 분만 방식²²³⁾을 결정할 수 있음은 ‘신체적 건강’과 ‘신체 보전’ 양자 모두에 해당한다. 그러나 극단적인 경우에 그 임신부는 본인이 자연분만을 원하고 건강 상태가 자연분만이 가능한 상태임에도 불구하고, 자신이 속한 공동체의 요구, 예를 들면 태아의 사주팔자를 중요시하는 가족들에 의해서 아이가 태어날 날짜와 시를 정확히 특정하기 위해 제왕절개수술을 받아 출산해야 하는 상황에 놓일 수도 있다. 이때 그녀의 내적 역량으로서의 건강이 의학적으로 불필요했던 개복수술로 인해 훼손될 뿐만 아니라 자신의 건강과 신념을 위해 자연분만을 선택하고자 했던 그녀의 자유가 그녀가 속한 공동체(=가족)에 의한 사회문화적 요소로 인해 침해되었다는 점에서는 결합 역량으로서의 건강이 훼손된 경우에 해당될 수 있다. 더욱이 산모가 자신과 태아의

223) 물론 분만 방식은 주로 산모와 태아의 신체적 건강 상태가 가장 큰 결정요인으로 작용한다.

생명과 건강에 중대한 해악이 없는 한도 내에서 분만 방식을 결정할 수 있는 권리는 ‘신체 보전’ 역량의 내용에서 성적자기결정권과 자녀 출산과 관련된 총체적 자유²²⁴⁾의 내용에 포함된다는 점에서 그녀의 ‘신체 보전’ 역량도 훼손되었다고 볼 수 있다.

임신·출산으로 인한 모성 사망은 20세기 전반까지도 가임기 여성들의 주된 사망원인 중 하나였지만 의학기술과 위생의 발달이 모성사망률을 크게 낮추었다.²²⁵⁾ 그러나 여전히 세계 어디에선가는 높은 모성사망률을 보이고 있다. 모성사망률은 ‘신체적 건강’ 역량과 ‘생명’ 역량을 결합하여 봐야 한다. ‘생명’ 역량은 한 개인의 본래 기대되는 평균 수명까지 그 생명을 유지할 수 있음을 골자로 한다. 그러나 임신·출산 합병증으로 목숨을 잃는 여성들은 자신의 ‘신체적 건강’과 ‘신체 보전’뿐만 아니라 자신들이 원래 누릴 수 있던 ‘생명’ 역량까지도 박탈당하는 것이다. 이때 임신이나 출산이 이들 산모에게 가하는 제약은 앞서 예시들에서 살펴본 것처럼 ‘신체적 건강’이나 ‘신체 보전’의 내용의 침해로 나타나는데 더 그 침해의 정도가 더 악화되어 ‘생명’까지도 잃게 만든다. 이러한 과정에 이를 때 이것은 순수한 내적 역량의 문제로 인한 것일 수도 있지만 주로 결합 역량의 문제로 나타난다. 모성사망이 내적 역량의 문제로 나타나는 것은

224) 너스바움은 이러한 기회를 ‘재생산 문제에 있어서의 선택의 기회’(having opportunities...for choice in matters of reproduction)이라고 표현했으나 국역본에서는 이를 ‘자녀를 낳을지 말지를 주체적으로 선택할 수 있음’으로 옮겨 놓아 단지 자녀를 갖느냐 여부에만 국한된 것처럼 표현해놓았다.

225) 모성사망비는 신생아 10만명 산모의 사망한 비율로 계산되며 1990년만 하더라도 아프가니스탄(1340명), 앙골라(1160명), 에티오피아(1250명) 등지에서는 전체 출산 여성 100명당 1명 이상이 임신출산 관련해 사망하였다. 4반세기가 지나 2015년 현재는 이들 국가도 각각 396명, 477명, 353명까지 모성사망률이 떨어졌으나 1990년이나 2015년이나 두자리수 초반이나 한자리수의 모성사망률을 보이는 선진국가들(스웨덴(8→4), 스위스(8→5), 핀란드(6→3), 캐나다(7→7), 일본(14→5)와 비교하면 월등하게 높은 수준을 유지하고 있다(박현수·권하얀, 「한국의 모성사망 원인과 경향 분석(2009-2014)」, 『대한주산회지』, 제27권, 제2호, 2016; 위키백과, “모성사망비”, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. Underlying Cause of Death 1999-2016 on CDC WONDER Online Database, released December, 2017. <https://ko.wikipedia.org/wiki/%EB%A8%EC%84%B1%EC%82%AC%EB%A7%9D%EB%B9%84>, 접속일, 2018. 10. 31.

사망한 산모를 둘러싼 모든 외적 조건이 그 산모에게 나타날 수 있는 외부적 위험을 최대한 배제했음에도 불구하고 갑작스럽게 그 산모에게 나타난 후유증으로 인해 사망에 이르는 경우일 것이다.²²⁶⁾

또한, 좁은 의미의 ‘신체적 건강’과 건강과 관련된 ‘생명’, ‘신체 보전’ 역량이 다른 역량과 결합하는 경우도 찾아볼 수 있다. 계속해서 임신부의 예시를 들어 이를 살펴보면 다음과 같다. 임신부의 ‘신체적 건강’은 ‘감정’, ‘관계’, ‘놀이’를 통해서도 그 범위가 더 확장될 수 있다. 오늘날 우리 사회에서는 임신부가 임신 기간과 출산 이후를 보다 건강하고 쾌적하고 즐겁게 보낼 수 있는 수많은 재화와 서비스가 제공되고 있다. 이는 주로 ‘감정’과 ‘관계’, ‘놀이’ 역량과 결합한 형태로 찾아볼 수 있다. 임신부들은 타인들과의 교류를 통해(‘관계’ 역량의 측면) 평상시와 다른 현재 상태에서 긍정적인 감정(‘감정’ 역량의 측면)을 경험할 수 있다. 이것을 잘 보여주는 것은 그 임신부의 진료를 맞은 산부인과 의료진과의 소통관계이다. 자신의 산부인과 주치의와 좋은 의사소통이 가능한 임신부는 그만큼 임신, 출산 과정에서의 좋은 신체적 건강 상태, 더 나아가 안정된 정신적 건강 상태를 누릴 가능성이 크다. 임신부는 의료진과 좋은 관계를 유지하면서 자신과 태아에게 필요한 의료진의 지침을 보다 잘 따를 수 있고 의료진 또한 소통이 잘되는 환자에게 더 나은 질의 의료 서비스를 제공할 가능성이 높기 때문이다.

과거와 달리 오늘날 산부인과에서 제공하는 산모를 위한 서비스들, 예를 들면 임신부와 태아의 정서적 안정을 고려한 병원 인테리어나 초음파 등을 통한 태아 검진 후 초음파 사진을 임신부에게 제공하는 것 또한 ‘신체적 건강’이 ‘감정’, ‘관계’ 역량과 결합되는 사례라고 할 수 있다. 이러한 서비스들의 제공은 그것을 제공하는 주체로서의 병원과 병원이 제공하는 서비스를 소비하는 고객으로서의 환자 사이의 ‘관계’를 돈독하게 해주는 동시에 산모에 대한 배려로서 그 산모의 ‘감정’ 역량에 긍정적인 영향을 미칠 수 있다. 또한 이와 같은 서비스들이 산모

226) 특히 이런 사례는 주로 양수색전증과 같은 출산 도중 혹은 출산 이후 갑작스럽게 나타날 수 있는 후유증에서 찾아볼 수 있다. 그러나 산모의 사회경제적 여건이 좋아서 우수한 의료진과 좋은 시설을 갖춘 대형 병원에서 시기적절한 의학적 개입이 가능한 경우 이와 같은 불행을 방지할 수 있다는 점에서 결합 역량의 문제로 볼 수도 있다.

와 태아의 관계 형성에도 어느 정도 기여한다.²²⁷⁾

위에서 살펴본 예들에서처럼 ‘건강’ 역량은 외부적 요소로 작용할 수 있는 다른 종류의 역량과 결합하여 다양한 형태의 확대된 건강 개념으로 작용한다. 앞서 살펴보았던 노르덴펠트나 벤카타푸람이 제시하는 ‘한 개인의 삶에서 행복을 추구하기 위한 능력’으로서의 광의의 건강 개념이 지니는 추상성은 좁은 의미의 ‘내적 역량으로서의 건강’ 역량이 그것 자체 외의 건강-관련 기타 역량(‘생명’, ‘신체 보전’)이나 나머지 다른 역량들과 상호작용하여 구성되는 ‘결합 역량’들로서의 건강 개념에 따라서 구체화될 수 있다. 즉, ‘결합 역량’으로서의 건강 개념은 각기 다른 분야에서 행복을 추구하기 위해, 필요한 다른 역량과 결합하여 확대될 수 있는 여지가 있고 결합하는 다른 종류의 역량에 따라서 서로 다른 내용으로 규정될 수 있는 복수성(plurality)을 지닌 개념이다.

3. 소결: 너스바움의 핵심역량 목록에 따른 중층적, 복수적 개념으로서의 건강 역량의 의의

너스바움은 ‘역량’을 복수형(capabilities)로 표현하는 이유를 사람의 삶의 질을 구성하는 요소가 다양하며 같은 요소 내에서도 질적 차이가 있음을 보여주기 위해서라고 하였다.²²⁸⁾ 또한 각 역량들은 하나가 다른 것을 완전히 대체할 수 없다. 역량들의 관계의 특징은 그것들이 밀접한 관련성을 지니고 있지만 결코 다른 것을 대신할 수 없다는 비환원성을 포함한다.

다양성, 복수성, 비환원성을 특징으로 하는 ‘역량’으로서 건강 개념을 파악해야 하는 이유는 이제까지 살펴본 것처럼 ‘건강’ 개념이 협의로서 파악되어야 할 경우와 광의로 파악되어야 할 경우가 모두 유효하기 때문이다. 후자가 전자를 포섭하는 경우도 있지만 두 개념이 따로 작용하는 경우도 존재한다. 이러한 특

227) 오늘날 태아의 초음파 사진은 수많은 임산부들이 아직 태어나지 않은 자녀와의 관계를 맺기 위해 작성하는 임신 혹은 태아 일지의 중요한 부분을 차지하기 때문이다. 눈에 보이지 않는 태아가 자라나는 모습을 초음파 사진을 통해 목격하면서 산모는 자신의 태아를 보다 구체적으로 인지할 수 있게 된다.

228) Nussbaum, 2015, pp.32-33.

정들을 모두 아우르기 위해서는 건강 개념은 중층적으로 파악되지 않을 수 없다.

이때 너스바움의 핵심인간역량 목록에서 건강 역량은 그 자체로 협의의 건강 개념에서 요구되는 내용만을 포함할 수도 있고 혹은 목록상의 다른 역량과 결합하여 보다 광의의 개념으로서의 건강 역량으로 기능할 수도 있다. 전자는 내적 역량으로서 주로 협의의 보건의료 분야에서 다루게 되지만 내적 역량에 포함되는 내용끼리 상호 작용해서 협의의 보건의료자원끼리의 결합이나 인접한 자원과의 결합을 요하게 되기도 한다. 후자는 인접 분야와 결합되거나 과거에는 상상하지 못했으나 현대 사회의 발달로 인해 가능해진 새로운 분야와의 접목해서 다루어지게 된다. 이러한 양상에 대한 보다 구체적인 양상은 다음 장에서 살펴보기로 한다.

V. 중층적 건강 개념에 따라 달라지는 보건의료자원

서론에서 살펴보았던 것처럼, 일반적으로 ‘보건의료’(healthcare)는 사람들의 건강을 증진, 회복, 유지시키는 모든 활동이 포함되는 개념이다. 이에 따라 보건의료자원은 이를 위해 필요한 모든 자원이라고 해석할 수 있다. 그러나 앞서 살펴보았던 것처럼 건강 개념은 상황에 따라서 협의의 개념이 필요할 수도 있고 광의의 개념이 필요할 수도 있다. 또한 광의의 건강 개념은 보건의료의 범위를 넘어서 인간 안녕 및 행복과 동의어처럼 해석될 수 있는 여지가 있다. 더욱이 세계보건기구가 규정한 광의의 건강 개념에 따라 경우에 보건의료자원의 범위는 그것에 필요한 모든 자원으로 확대될 수도 있다. 이 때문에 보건의료자원의 개념과 범위는 건강 개념에 따라 결정될 필요가 있다. 실제로 보건의료자원을 어떻게 다루어야 할 것에 관한 보건의료정책의 범위 또한 건강 개념을 얼마나 넓게 해석하느냐에 따라서 달라진다.²²⁹⁾

건강을 단순히 ‘질병의 부재’로 파악할 경우에, 질병을 제거하여 ‘건강한 상태’로 회복시키는 것은 기존에 알려진 보건의료자원으로도 충분할 것이다. 예를 들면 그 질병을 제거하기 위해 직접적으로 필요한 인적 자원과 물적 자원이다. 인적 자원으로서의 의사, 간호사 등의 보건의료 인력이 있고 물적 자원으로는 의료제품, 의료기술, 의료시설의 유무형의 재화와 서비스를 들 수 있을 것이다.

그러나 건강을 ‘인간의 행복을 추구하기 위해 필요한 능력’으로 볼 경우에는 보건의료 인력이나 보건의료 시설과 재화, 기술을 넘어서는 외부적인 자원이 요구된다. 오늘날 삶의 질이 강조되면서 보건의료자원과 사회복지 차원의 자원의 경계가 흐려지는 현상이 나타나는 것은 이를 잘 보여준다.

더욱이 건강 개념이 좁게 해석된다고 반드시 그에 따라 보건의료자원이 기존

229) 보건의료정책을 국민 건강을 증진시키는 정책이라고 보면 그 범위의 독자성이 흔들릴 만큼 범위가 넓어진다. 특히 보건의료정책의 내용과 성격을 규정할 때는 이처럼 범위를 넓히는 것이 아니라 구체적으로 규정할 필요가 있다. 그러나 실제로 마련되는 보건의료정책의 형성, 내용, 영향을 위해서는 관련 인접 학문들을 참조하기 위해서 되도록 그 내용을 넓게 잡을 필요가 있다: 박광준, 「제2장 보건의료와 사회정책」, 『의료복지서비스와 의료정책』, 세종출판사, 2000, p.53.

의 범위에만 국한되는 것이 아니다. 형식적이 아닌 실질적인 신체적 건강 회복을 위해서는 그 보건의료자원에 실질적으로 접근할 수 있는 기회로 파악되어야 한다. 역량으로 파악되는 건강에 따라 보건의료자원의 범위를 보게 되면 실질적으로 요구되는 내용이 무엇인지를 포함시킬 수 있게 된다. 그러므로 앞서 살펴본 중층적 건강 개념에 따라 보건의료자원의 범위가 어떻게 상황과 맥락에 맞게 설정될 수 있는지 살펴보는 것이 필요하다.

더구나 현대에서는 협의의 건강 개념에 따라서 보건의료자원이 무엇인지 살펴보고자 하더라도 빠르게 발달하는 의생명과학기술의 영향으로 인하여 과거에는 보건의료자원이라고 생각지 않았던 것들이 그 내용 안에 포섭되기도 하고 혹은 그와는 반대로 과거에 보건의료자원이라고 여겨졌던 것들이 더 이상 그러한 것으로 분류되지 않기도 한다.

앞서 살펴보았듯이, 협의의 건강 개념은 내적 역량으로 파악될 수 있고 광의의 건강 개념은 결합 역량으로 파악될 수 있었다. 이때 결합역량으로 파악되는 건강은 내적 역량으로서의 건강의 내용요소들이 결합하기도 하고, 내적 역량과 외부 요소로서의 다른 역량이 결합하기도 하는 등, 그 안에서도 서로 다른 내용으로 결합된 모습을 보여준다.

이처럼 ‘건강’ 개념의 범위에 따라서 보건의료자원의 범위는 다르게 설정되며, 또한 그 자체 범위의 확대 혹은 요소들의 결합에 따라서 쉽게 보건의료자원의 내용을 확장해서 볼 수 있게 한다. 달라진 범위에 맞춰 보건의료정의를 논하는 것은 보건의료의 범위를 확장시킨다.

더욱이, 2019년 6월부터 한국에서 보건의료와 지역사회복지가 결합한 ‘커뮤니티 케어’ 시범사업이 시행된다.²³⁰⁾ 이는 한국이 고령화 사회로 급속도로 진행되면서 기존의 보건의료 영역을 넘어서 환자의 일상생활까지 영향을 미치는 부분을 통합적으로 관리하기 위한 방편으로 마련된 것이다. 이는 보건의료영역에서 좁은 의미로 보건의료에 해당했던 ‘임상’²³¹⁾과 이제는 개개인 환자를 둘러싼 전

230) 김보영, 「문재인 정부 커뮤니티 케어, 역사적 전환과 선진국 흉내를 가르는 세 관건」, 『월간 복지동향』, 2018년 8월; 김윤영·윤혜영, 「커뮤니티케어 해외사례와 합의 그리고 구상」, 『비판사회정책』, 제60호, 2018.

231) 메디파나 뉴스, “임상과 공중보건 경계 허물어져, 총체적 논의 필요”,

반 조건을 아우르며 그 사회 전체 인구 집단의 건강과 관련된 ‘공중보건’의 경계가 허물어지고 있는 현실을 잘 보여준다. 그러나 이를 중층적인 역량으로서의 건강 개념으로 바라보게 되면 각 요소들을 자체로 확장하거나 혹은 결합하는 방식으로서 보다 쉽게 보건의료자원의 범위가 달라지는 방식을 그려낼 수 있다.

이에 다음 절에서는 크게 현대 의생명과학기술의 발달과 재생산 개념 확대로 인해 기존에는 보건의료자원으로 보지 않았던 재생산과 관련된 사례 및 확대된 건강 개념으로서의 삶의 질을 중시하는 입장에 입각해 보건의료와 사회복지의 개념이 모두 포괄되는 커뮤니티 케어의 시범시행 속에서 보건의료 접근성에 초점을 맞춘 사례들을 가져와 구체적으로 살펴보려고 한다.

1. ‘난임’ 여성의 맥락에서 본 건강 역량과 그에 따른 보건의료자원의 범위

(1) 건강 역량의 요소로서의 재생산과 난임

앞서 건강 개념의 논쟁에서도 재생산은 협의의 건강 개념이든 광의의 건강 개념이든 중요한 부분을 차지하였다. 또한 재생산은 너스바움의 역량 목록에 따라 건강 개념을 분류했을 때도 내적 역량으로서의 건강의 주된 부분을 차지하고 있다. 그러나 재생산은 한 개인이 생물학적 후손을 생산해낸다는 의미뿐만 아니라 그 개인이 속한 사회를 계속해서 유지할 수 있는 구성원을 생산해낸다는 점에서도 단순히 한 개인의 문제로 치부되지 아니한다.

그런데 재생산과 관련된 부분은 성적 결합(성행위)을 통해 여성의 난자와 남성의 정자가 여성의 신체 안에서 만나 수정이 이루어진 배아가 여성의 자궁에 착상하여 모체인 여성의 몸에서 분리되는 출산 때까지 임신이라는 과정을 통해 모체에서 성장하기 때문에 여성의 신체와 밀접한 관련성을 맺고 있다. 이와 같은 이유로 여성의 몸은 그 재생산 기능에 의해 규정되며 이를 통해 성별(sex)이 구별되고 젠더가 구성되었다.²³²⁾ 이로 인하여 여성의 출산 능력이 여성에게 역

http://www.medipana.com/news/news_viewer.asp?NewsNum=232535&MainKind=A&NewsKind=5&vCount=12&vKind=1; 접속일: 2018. 12. 22.

232) 허라금, 「몸으로 다시 꾸며보는 여성 주체」, 『여성의 몸에 관한 철학적 성찰』, 철학

압적인가 혹은 해방적인가 하는 논쟁이 여성주의자들 사이에서 촉발되었으나 “출산과 출산권의 의미와 구성은 단일집단으로서의 여성과 권리로 동질화될 수 없다는 한계”²³³⁾에 부딪힌다. 이를 잘 보여주는 예는 임신이 불가능하거나(불임) 혹은 상대적으로 임신하기 어려운 신체를 지닌 여성들이다. 더구나 그들은 자신들의 그와 같은 신체 상태뿐만 아니라, 그러한 신체 상태 인하여 임신과 출산에 있어서 그렇지 않은 여성들보다 더 많은 경제적 비용을 지불해야 한다는 사실로부터 재생산과 관련된 역량이 그러한 문제를 겪지 않는 이들보다 부족하기 때문이다. 그러므로 난임 여성들의 출산권을 포함한 재생산 역량은 “그들의 몸 상태, 체험, 가족 및 사회적 관계 속에서의 그들의 위치, 출산을 둘러싼 사회경제적 조건에 따라 다르게 구성되며 억압과 해방, 강요나 자발로 환원될 수 없는 상황적 맥락과 관계 속에서 구성되고 행사된다.”²³⁴⁾

여성의 신체를 둘러싸고 일어나는 임신과 출산은 가임기 여성이라면 신체적으로 지극히 건강한 상태일 때 겪게 되는 정상적인 현상인 반면에 임신이 불가능하거나 어려운 상태는 신체적으로 재생산 분야의 기능이 떨어지는 것이기 때문에 건강하지 못한 상태이다. 즉 불임 내지 난임은 일종의 ‘질병’ 상태로 규정되게 된다.

본래 의학적 용어인 ‘불임’(infertility)은 가임기의 남녀가 피임을 하지 않은 성관계를 가졌음에도 불구하고 12개월이 지나도록 임신이 되지 않는 상태를 일컫는 것이다.²³⁵⁾ 가임 능력 또한 연령이 증가함에 따라 감소하며 최근 한국에서의 초혼 연령이 2008년 남성 31.4세, 여성 28.3세에서 2018년 남성 33.2세, 여성 30.4세로 증가함에 따라²³⁶⁾ 피임하지 않은 상태에서 임신을 하지 못하는 불임 여성의 수가 증가하는 추세이다.²³⁷⁾ 그러나 최근 들어서 이와 같은 불임 증

과 현실사, 2000a, p.35;p.37.

233) 김경례, 「불임(난임) 부부의 지원정책의 평가와 전망 - 여성의 출산권과 건강권을 중심으로」, 『지역사회연구』, 제20권, 제2호, 2012. p.184.

234) 김경례, 2012, p.185.

235) 정영민, 「기혼 여성의 난임 경험에 대한 현상학적 연구」, 서강대학교 신학대학원 사회 복지학과 석사논문, 미간행, 2017, pp.9-10; 김경례, 2012. p.182; 황나미, 「난임 여성의 우울에 영향을 미치는 요인 분석」, 보건사회연구 제33권, 제1호, 2013. p.162.

236) 통계청, 2018년 혼인·이혼 통계. 2019.

237) 황나미, 2013, pp.162-163; 이삼식·박종서·이소영·오미애·최효진·송민영, 『2015

세를 겪는 이들에게 임신할 수 있는 기회를 제공하는 인공수정이나 체외수정과 같은 보조생식술(Assisted Reproductive Technologies: ART)이 발전하면서 불임 환자들이 단순히 임신이 불가능한 것이 아닌 임신이 어려운 것을 의미하는 ‘난임’이라는 용어로 대체하여 사용하자는 움직임이 시작되어 2010년부터 정부에서는 ‘난임’이라는 용어를 채택하고 있다.²³⁸⁾

의학적으로 정의된 난임(불임)에 관하여 세계보건기구는 임상적 정의로서 이를 재생산 체계의 질병으로 규정하면서도 기능의 손상으로서의 장애로 파악하고 있다.²³⁹⁾ 동시에 세계보건기구가 규정하는 ‘건강’ 개념은 앞서 살펴본 것처럼 광의로 파악하고 있고 난임 문제가 사회에 미치는 영향 때문에 WHO가 정의하는 사회적 안녕 상태에 영향을 미치는 요인으로 파악된다.²⁴⁰⁾

한편, 난임이 비교적 최근에야 공론화되기 시작했음에도 불구하고, 실제 불임이나 난임 문제는 역사적으로 오랫동안 인류에게 일종의 질병처럼 파악되어왔다. 현대와 달리 영아사망률이 매우 높았고 그리스도교의 영향력이 짙었던 후기 중세 유럽에서도 불임 문제는 중대한 사회 문제로 여겨졌다.²⁴¹⁾ 14세기 말의 중세 이탈리아에서는 교회의 영향으로 인하여 불임을 신의 벌(curse from God)이나 악마의 악한 행위(wicked act of the devil)로 여기는 종교적인 인식부터 환경이 임신에 영향을 미친다는 근대의 합리적이고 과학적인 관점이 혼재되어 있었다.²⁴²⁾ 그 결과, 불임에 대한 해결방식은 종교적 혹은 주술적 방법뿐만 아니라 당시 나타나기 시작한 전문 의료진의 치료 등 다양한 방식이 동원되었다.²⁴³⁾ 그러나 이를 잘 보여주는 역사적 사례는 14세기 후반부터 15세기 중반

년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사』, 한국보건사회연구원, 2015. p.131.

238) 정영민, 2017, p.1; 김경례, 2012, p.182; 황나미, 2013, 162: 그러므로 여기에서도 ‘난임’이라는 용어를 사용하기로 한다.

239) WHO Sexual and Reproductive Health: Infertility Definitions and Terminology; 정영민, 2017, p.10.에서 재인용.

240) HO Gender and Genetics: Assisted Reproductive Technologies(ARTs); 정영민, 2017, p.10.에서 재인용.

241) Nam, Jong Kuk, "Social Perception of Infertility and Its Treatment in Late Medieval Italy: Margherita Datini, an Italian Merchant's Wife," *Korean Journal of Medical History*, Vol. 25, No. 3, 2016, p.525-526.

242) Nam, Jong Kuk, 2016.

243) Nam, Jong Kuk, 2016, p.534; Katherine Park, "Medicine and Magic, the Healing

중세 이탈리아 피렌체에 살았던 마르게리타 다티니(Margherita Datini)의 경우이다. 그녀가 살았던 시대와 장소에서는 다산이 권장되었지만 그녀는 불임을 겪었으며 이는 여전히 기도와 주술을 통한 해결이 동원되었음에도 불구하고 마르게리타 자신과 남편을 비롯한 주변 사람들에게 “치료해야 하는 ‘일종의 병’”으로 여겨졌고 그에 따라 의사들의 진찰과 처방을 받았다.²⁴⁴⁾

“난임”은 한때 질병 또는 종교적인 의미의 악으로 간주되면서 임신이 불가능하다는 것을 뜻하는 ‘불임’이라는 용어로 오랫동안 통용되었다. 그러나 20세기 후반에 개발된 ‘체외수정 및 배아이식술’이 등장하면서 많은 불임 부부 등 자녀를 낳고자 하는 이들에게 재생산 가능성을 비약적으로 열어주었고 ‘임신할 수 없음’이 ‘불치’가 아닌 ‘난치’의 상태로 여겨지는데 공헌하였다. 이때까지만 하더라도 보조생식술은 협의의 건강 개념 내지 혹은 내적 역량으로서의 건강에 해당되는, 재생산 관점에서의 신체 건강에 문제가 있는 이들에게 이를 회복시켜줄 수 전형적인 보건의료기술에 해당되었다고 할 수 있다.

(2) ‘재생산 기술’(Reproductive Technologies)의 발달과 사회적 건강으로서의 재생산

이처럼 난임은 오랫동안 질병이나 장애처럼 여겨져 왔고, 현재 의학적인 관점에서는 재생산 기능의 손상으로 파악되고 있음에도 불구하고 실제로는 자녀출산과 양육이라는 인간이 살아가면서 추구하는 목표 중 하나를 이룰 수 없게 하기도 하고 사회의 인구 증가 등과 같은 문제에까지 영향을 미치기 때문에 단순히 협의의 건강 개념에 속하는 문제로 파악되지 않는다.

의생명과학분야에서 보조생식술의 발달은 현실적으로 난임 문제를 오랫동안 보건의료영역에서만 다루어야 하는 문제인 것 마냥 여겨지게 하는데 영향을 미쳤으며 실제로도 난임 환자에게 적용되는 보조생식술과 관련된 산부인과 의

Arts," Judith C. Brown and Robert C. Davis eds, *Gender and Society in Renaissance Italy*, London and New York: Routledge, 1985, pp.129-130.

244) 남종국, 「중세 유럽 여성의 일상생활」, 『서양중세사연구』 제42호, 2018, pp.49-50; Nam, Jong Kuk, 2016.

학²⁴⁵⁾과 이들 환자들이 난임 시술 등 치료를 받는 과정에서 겪는 어려움에 관한 간호학²⁴⁶⁾ 연구들 위주로 이루어져 왔다. 특히 후자 분야의 연구에서는 한국적 맥락에서의 난임 환자 여성들의 상황에 대하여 우리 사회의 감수성을 높이는 기여를 했음에도 불구하고 그 내용이 난임 치료 과정에 국한되어 있고 그 해결책이 의학적 관점에서 벗어나지 못한다는 한계에 있다.²⁴⁷⁾ 이러한 학계의 인식은 난임 문제를 실질적으로 협의의 건강 개념에 국한시켜 이를 해결하려는 방향으로 나타나게 된다.

그러나 최근 난임이 사회 문제로 대두되면서 이를 실질적인 관점에서 해결하려는 노력이 이루어지고 있다. 예를 들면, 문제를 겪는 이들의 심리적으로 겪는 어려움²⁴⁸⁾이나 대인관계 등²⁴⁹⁾에 대한 관심이 높아졌으며 사회적 지원을 어떻게 제공할 것인가 하는 고민이 나타났다.²⁵⁰⁾

이처럼 난임을 둘러싼 학계와 사회의 관심이 확대된 것은 난임 문제가 단순히 보건의료체계 내에서만 해결되는 문제가 아니라 사회복지 차원의 지원도 요구되

245) 이준호, 「보조생식술에 의한 임신의 주산기 예후」, 『대한주산의학회지』, 제26권 제2호, 2015; 한애라·박찬우·차선화·김혜옥·김진영·궁미경·강인수·송인옥, 「성선자극호르몬 성선저하증 여성에서 보조생식술의 임신율」, *Clinical and Experimental Reproductive Medicine*, Vol. 37, No. 1, 2010; 조권문·정난희·정소은·정언석·김탁·김선행, 「보조생식술의 성과를 예측하는데 있어서 기저 난포수의 유용성」, *Obstetrics & Gynecology Science*, Vol. 46, No. 10, 2003; 이우식·이정노·박찬·이숙환·박원식·남윤성·최동희·정미경·조용선·이학천·윤내영·곽인평·한세열·윤태기차광열, 「보조생식술(ART) 치료를 받은 환자들에서 자궁근종이 임신에 미치는 영향」, *Obstetrics & Gynecology Science*, Vol. 43, No. 12, 2000.

246) 한수경·강희선, 「난임 여성들의 난임부부 시술지 지원사업에 대한 인식」, 『여성건강간호학회지』 제21권 제3호, 2015; 이윤정·김귀분, 「시험관 아기 시술 체험」, 『여성건강간호학회지』, 제15권 제1호, 2009; 이명선·이소우·최명애·김금순·이윤미, 「시험관 아기를 둔 어머니의 경험」, 『대한간호학회지』 제31권 제1호, 2001.

247) 정영민, 2017, p.5.

248) 김혜영, 「보조생식술을 받는 여성의 우울과 극복력 관계: 신체증상 매개효과를 중심으로」, 『디지털융복합연구』, 제16권 제6호, 2018; 황란희, 「난임여성의 자아존중감, 신체상과 우울에 미치는 영향요인」, 『디지털융복합연구』, 제15권 제10호, 2017; 임주현·김태완, 「집단미술치료가 난임 여성의 스트레스, 불안과 우울 감소에 미치는 영향」, 『미술치료연구』, 제22권 제3호, 2015; 황나미, 2003.

249) 김미옥·김희선, 「난임 여성의 우울과 결혼만족도와 관계에서 부부친밀감의 매개효과」, 『한국보건간호학회지』, 제32권 제1호, 2018; 김경열, 「불임부부의 결혼만족도에 영향을 미치는 요인에 관한 연구」, 숭실대학교 대학원 석사학위청구논문, 미간행, 2001.

250) 정영민, 2017, p.6.

는 현실을 보여준다고 할 수 있다.

일체의 인위적인 개입이 배제된 성적결합을 통한 자연임신이 불가능하여 불임 상태로 분류되었던 이들에게 보조생식술을 통해 임신 가능성의 길이 열리면서, 그들은 단지 임신하기 어려운 상태에 이르게 되었다. 그러나 여전히 보조생식술을 통한 임신은 시간적 소모뿐만 아니라 이 기술을 거의 전적으로 감당해야 하는 여성에²⁵¹⁾ 대한 신체적 부담과 고비용으로 인한 가계에 대한 경제적 부담을 안기고 있으며, 착상 성공이 건강한 임신과 출산을 보장하는 것이 아니어서 시술을 받는 여성은 그에 따른 정신적, 사회적 부담까지 안고 있다.²⁵²⁾ 보조생식술 등을 시술을 받는 여성들은 그 과정에서 우울 증세와 분노를 겪고 자신의 여성으로서의 정체성, 대인관계, 가족 내에서의 지위 등에서 위기를 느끼게 된다.²⁵³⁾ 이로 인한 정신적, 심리적 고통은 난임을 제외하면 건강하다고 할 수 있는 이들의 정신 건강뿐만 아니라 신체에도 부정적인 영향을 미치고 반복되는 보조생식술의 성공률에 떨어뜨리는 악순환을 일으킨다.

그와 같은 이유로 사회적 차원에서 보조생식술을 받는 난임 환자들에 대한 지지가 요구되며 이는 현재 실질적인 정책 시행으로까지 이루어지지 않았으나 이를 도입하기 위한 전반적인 복지 자원을 제공할 것이 요구된다.²⁵⁴⁾ 더 나아가 근본적인 문제 해결을 위해서는 단순히 난임 당사자들에게 관련 보건 의료 자원을 제공하는 것이 아니라, 최근 경제적 부담으로 인한 초혼 연령이 올라가거나 결혼하는 인구의 수가 줄어드는 데서 오는 저출산을 근본적으로 해결할 수 있는 고용, 주거환경 등의 안정 같은 사회 복지 측면의 정책이 필요하다.²⁵⁵⁾

한편 한국에서는 2006년부터 ‘난임부부 지원 산업’이 도입되어 고액이 드는 보조생식술 관련 비용을 정부에서 일부 부담해주고 있고 2017년 10월부터는 그

251) 실제로 체외수정은 난임의 원인이 남녀 중 어느 쪽에 있든지 상관없이 여성의 신체에 부담을 주는데 이는 과배란을 위한 고용량의 호르몬 투여와 배란된 난자를 추출하는 시술이 전적으로 여성의 신체를 대상으로 하고 있기 때문이다.

252) 황나미, 2013, p.162.

253) 한혜실, 2003; 황나미, 2013, p.163.

254) 이는 난임 관련 정책이 질병으로서의 난임 해결이나 한국이 겪고 있는 저출산 현상의 해결이 아닌 사회복지 측면에서의 해결로 나아가야 함을 의미한다(정영민, 2017, pp.82-86).

255) 정영민, 2017, p.86.

동안 비급여로 적용되었던 보조생식술에 대한 국민건강보험 적용이 시작되었다. 또한 2019년 7월부터는 보조생식술을 받는 여성에 대한 건강보험 적용에 관한 연령 제한이 폐지된다. 이처럼 보조생식술 비용에 대한 정부 지원의 확대는 국가가 난임을 개인적인 문제가 아닌 중대한 사회 문제로 인식하고 있음을 보여준다. 특히 이것은 대개 40대 중후반 이후 배란과 월경이 중지되는 ‘완경’²⁵⁶⁾을 겪으면 여성들의 가임능력이 사라지는 것이 의학적 ‘불임(난임)’과 구별되는 자연스러운 노화 현상임에도 불구하고, 사회 전반적으로 나타나는 만혼 현상으로 인한 난임이 개인의 재생산 추구에 부정적으로 작용하는 것과 관련이 있다. 사회 전반적으로 사람들이 결혼을 하고 자녀를 갖는 시기를 늦추다보니 실질적으로 누릴 수 있는 가임기간은 그만큼 줄어들게 된다. 재생산은 한 개인의 신체적 건강이나 삶의 목표로서의 행복 추구와도 관련이 있지만 사회 유지의 원동력이라는 점에서 그 사회적 의미가 두드러지는 부분이기도 하다. 과거에는 여성 신체의 자연스러운 노화 과정 중 하나로 인식되었던 완경이 난임의 영역에 편입되고 “의료적 개입 영역이 우리의 삶 속에서 확대되는 추세이며,... 과거에는 질병으로 취급되지 않았던 여성의 많은 것들이 의학기술 발전과 의료상품 개발 확대와 더불어 치료의 대상이 된 것”²⁵⁷⁾의 예시가 된다.

(3) 중층적 건강 역량의 내용으로서의 재생산 개념에 따른 보건의료자원 범위의 확대

앞서 살펴본 것처럼 재생산은 내적 역량으로서 신체 건강의 중요한 부분이며 한 개인의 삶의 목표 추구하고 관련이 있는 결합 역량으로서의 건강 내용으로서도 상당한 부분을 차지한다. 동시에 재생산이 갖는 사회적 의미로 인해 그것의 결합 역량으로서의 의의도 커진다. 특히 난임 문제가 단순히 신체의 재생산 기능에 국한된 것이 아니라 그것이 가지는 사회적 의미와 더불어 한 개인의 정

256) 본래 이는 ‘폐경’(menopause)라고 일컬어졌으나 최근 들어 여성주의 입장을 중심으로 대체되는 용어로 자리잡고 있다.

257) 허라금, 「가부장적 성권력으로부터 해방된 몸」, 『도대체 건강이란 무엇인가 - 건강 그리고 건강한 사람 그 개념적 접근』, 김정희 엮음, 가산출판사, 2000b, pp.170-171.

신적, 심리적 건강이나 대인관계와도 밀접한 관련을 맺고 있는 것은 재생산 건강을 결합 역량으로서도 파악될 수 있게 한다.

이는 내적 역량으로서의 재생산 건강이 부재한 난임 문제를 직접적으로 해결해주기 위한 보조생식술 자체만이 아니라 그 시술 과정을 둘러싼 개인의 정신적 심리적 측면에 대한 관심이나 과거에는 정상적으로 여겨지던 환경으로 인한 여성의 불임 상태 또한 그 사회적 맥락의 변화로 인해 난임 시술의 영역에 포함되는 현상에서 두드러진다. 난임으로 인한 보조생식술을 받는 이들은 그 시술 과정에서 겪는 경험을 통해 그들의 재생산 건강 역량이 기타 신체 건강 역량 내용과 감정, 관계와 같은 다른 역량과 밀접한 관련성이 있음을 보여준다. 이 때문에 난임 관련 정책에서 단순히 보조생식술 자체에 대한 보건의료적 차원의 지원뿐만 아니라 보다 광범위한 지원이 요구되는 현실을 살펴볼 수 있다. 물론 보조생식술 이외에 난임을 겪는 이들의 우울이나 스트레스 등과 같은 정신적 건강에 대한 측면은 여전히 보건의료 영역에 속하지만, 보건의료자원의 영역 자체뿐만 아니라 그와 관련된 외부 사회복지 자원으로의 확대가 모두 요구된다.

이 때문에 난임 관련 재생산 문제에 있어서도 기존의 보건의료자원과 사회복지 자원의 경계가 흐려지면서 난임을 사회 복지적 차원에서 해결하고자 하는 추세가 뚜렷하게 나타나는 것을 볼 수 있다.

이때 중층적 건강 역량으로서 이 문제에 접근하게 되면 그 자체로 확장 내지 결합되면서 그와 같이 보건의료와 사회복지의 경계가 흐려지는 현상 내부의 요소들의 관계를 보다 용이하게 그려낼 수 있게 된다.

2. 보건의료자원 접근성 사례

내적 건강 역량이 부족한 건강환자나 장애인은 일반의 건강한 이들에 비해 신체 상태와 증상만으로도 다양한 보건의료자원들을 요구한다. 그러나 그들이 그 보건의료자원, 특히 병원 등과 같은 물적 요소에 실질적으로 접근하기 위해서는 신체를 원활하게 움직일 수 있어야 한다. 그러나 이들에게는 이 또한 여의치 않은 상황이다. 이는 그들이 도시 지역의 규모가 크고 우수한 의료진들이 근무하

는 병원에 가까이 살아도 비장애인들에 비해서 열악한 부분이기 때문이다. 지방향촌에 사는 노약자들의 경우에도 이와 같은 물적, 인적 보건의료자원에 대한 접근성이 더욱 불리하다.²⁵⁸⁾ 그러므로 이러한 경우에는 그 접근성을 실제로 확보하는 것이 중요하다. 이처럼 그 내적 역량으로서의 건강을 실질적으로 확보하기 위해서는 자원에 대한 접근성이 추가적으로 요구되는데 접근성은 외부적 요소와 관련된 경우가 많다. 그로 인해 요구되는 보건의료자원의 범위는 확장 혹은 결합의 방식으로 달라질 수 있다.

그러나 이것은 내적 역량으로서의 건강에만 해당되지 않는다. 지방향촌 마을 주민들은 그들의 나이가 고령화되면서 인구 감소로 인해서 그들의 보건의료서비스에 대한 접근성이 보다 열악해지게 된다. 보건의료서비스를 제공하는 의사나 약사들은 보건의료서비스가 건강과 생명유지에 필수불가결한 부분임을 알면서도 자신들의 전문성을 통해 얻을 수 있는 수익에 한계가 있기 때문에 고령화로 인해 쇠퇴하는 향촌 마을에 개업하는 것을 꺼리게 되기 때문이다. 그러므로 연로한 주민들은 고령화로 인해 신체적 거동이 불편해지면서 보건의료자원에 대한 접근성 차원에서의 내적 건강 역량이 감소되는 한편, 그들이 거주하는 마을의 보건의료자원의 부족으로 인해 관련된 외적 혹은 결합 건강 역량도 상실하게 된다. 즉 이는 협의의 건강 개념으로나 광의의 건강 개념이 동시에 영향을 받을 수 있는 것이다. 그러한 이유로 이들의 보건의료시설이나 인력에 접근할 수 있도록 하려는 다양한 정책들이 개발되고 있으며 곧 시행될 시범적인 커뮤니티 케어의 내용에서도 이것이 중요한 부분을 차지하고 있다.²⁵⁹⁾

258) 경상북도 의성 탐리 버스터미널은 20년간 적자임에도 불구하고 문을 닫지 않은 이유가 이용객 대부분이 대구의 병원을 이용하는 노인들이라고 한다. 의성은 빠른 고령화로 인해 인구 감소가 급속하게 진행되어 지역 소멸 위기 지역 중 하나로 꼽히고 있다. 한국경제, “68년 된 시골 버스터미널, 20년 적자에도 문 안 닫는 이유”, <https://www.hankyung.com/society/article/2019050310721>; 접속일: 2019. 5. 4.

259) 물론 커뮤니티 케어는 아직 한국에서 시범 단계에 불과하고 거의 논의되지 않은 부분이지만 이와 유사한 보건의료와 복지의 통합을 추구해온 국가들에서는 이동권과 보건의료시설 접근권 또한 따로 생각지 않고 함께 묶어서 처리한다.

(1) 교통 서비스의 제공

최근 들어서는 이러한 노약자들과 장애인들의 이동권에 대한 활발한 논의와 더불어 실제로 관련 서비스를 제공하려는 움직임 나타나고 있다. 이미 2000년대 초반부터 저상버스의 도입, 지하철역이나 병원을 포함한 공공건물에서 휠체어 등이 용이하게 이동할 수 있도록 장애물을 제거하고 승강기를 설치하는 작업은 많이 이루어졌으나 실제로 질병이나 장애로 인해 협의의 건강과 광의의 건강 모두에 부정적인 영향이 미치는 이들에게는 그들의 주거지와 병원, 재활시설 등 보건의료시설 사이에 오가는 교통 자체가 가장 중요한 문제이다. 거동이 불편한 노약자, 중증환자나 장애인들의 경우엔 가족이나 보살펴주는 이들이 그들의 신체적 거동을 도와주지 않으면 보건의료서비스 자체를 이용할 수 없게 된다. 혹은 스스로 거동이 가능하더라도 교통시설을 이용해 보건의료시설에 도달하기까지 건강한 이들에 비해서 더 많은 시간과 노력이 요구되기 때문에 그들이 보다 편리하게 이동할 수 있도록 관련 서비스를 제공하면 이들의 건강 증진에 기여하게 된다.

이는 보건의료서비스를 제공하는 시설이나 인력의 입장에서조차 고객 확보와도 연결되기 때문에 병원에서 환자들에게 병원 시설을 용이하게 이용할 수 있도록 셔틀버스를 제공하는 경우가 많다. 그러나 그 외의 교통 인프라와 서비스의 제공은 보건의료영역보다는 사회복지 영역과 일반적인 교통 관련 영역의 과제로 남아있다.

교통 서비스의 제공은 보건의료시설과 인력의 불균형한 분포로 인한 문제들을 해소해줄 수 있는 주된 해결책 중 하나이기도 하다. 보건의료의 서비스가 응급하게 요구되는 경우엔 그러한 경향이 더욱 두드러진다. 병원이나 그에 미치지 못하는 못하더라도 숙련된 보건의료지식과 술기를 갖춘 인력이 머무르는 보건소와 같은 시설에 가능한 한 도달하여 응급처치를 받을 수 있을 때, 생명이 위급한 환자들 이 목숨을 구할 가능성이 더 높다. 이는 최근에 지역 거점 응급의료센터들이 설치되고 이곳들로 신속하게 환자들을 옮기기 위하여 '의료 헬기'의 도입이 논의되고 있는 것에서도 살펴볼 수 있다.²⁶⁰⁾ 그러나 수익성 문제 외에도 이를 악용

하는 사례들에 대한 우려 때문에 보건의료시설을 운영하는 입장에서도 교통 서비스의 제공을 꺼리는 경우도 많다.²⁶¹⁾ 그럼에도 불구하고 교통 서비스의 제공은 내적 역량으로서의 건강이나 결합 역량으로서의 건강 양자 모두에 직접적인 영향을 미칠 수 있는 것이기 때문에 기존의 보건의료영역뿐만 아니라 이를 넘어서는 외부 요소들을 포함한 영역 모두가 함께 책임을 져야 할 부분이다. 특히 전자의 경우에는 현대 사회가 복잡해지면서 나타나는 보건의료영역 자체의 확대로 여기면서 이와 관련해 보다 고민할 필요가 있을 것이다.

(2) 재가 환자에 대한 방문 진료 간병

한편, 병원에 입원해 진료를 받을 만큼 위급하지 않은 환자들의 경우에는 재가 치료를 하는 것이 보건의료자원의 희소성 문제를 해결하고, 그리고 그들의 경제적 상태와 시간의 소모를 줄인다는 차원이나 가정이라는 익숙한 환경에서 안정을 도모하자는 차원에서도 바람직할 때도 있다.²⁶²⁾ 그러나 투병 과정에서 발생할 수 있는 위급한 상황, 간호사와 같은 보다 전문적인 인력이 제공하는 환자에게 편리한 주사 투여, 오물의 제거와 세척 등에 대한 아쉬움 등으로 인하여 환자의 보호자들은 여전히 병원을 이용하는 것을 선호하기도 한다. 특히 진료와 간병 과정에서 능숙하고 전문적인 인력의 도움을 받게 될 때, 환자들은 합병증 방지나 위급한 경우의 신속한 처치 등, 건강 회복에 직접적으로 큰 영향을 받을 수 있기 때문이다. 그런데 어떠한 이유로든 병원 대신에 재가 진료를 하게 된

260) 그러나 이러한 필요성에도 불구하고 실제 현장에서는 경제적인 이유로 제대로 도입되지 않고 있다. 이는 울산 ‘닥터 카’의 사례가 잘 보여준다. ‘닥터 카’ 서비스도 운영비 부족을 이유로 수개월간 중단되었기 때문이다. 한국에서는 응급한 환자들의 수송체계가 열악한 관계로 병원 등 시설에 신속하게 도착하여 의료진에게 적절한 치료를 받았을 경우 생존할 수 있었거나 생존하더라도 후유증이 적게 남을 가능성이 선진국들이 비해 크게 떨어진다:

매일경제, “중증외상 환자의 구세주 ‘닥터 카’ 울산서 다시 달린다”,

<https://www.mk.co.kr/news/business/view/2019/04/275549/> 접속일: 2019. 4. 30.

261) 국가가 운영하는 119 구급차의 이용자가 30%에 이르는 점이나 병원에서 제공하는 무료 셔틀버스를 병원 이용이 아닌 주거지 근처 시설 이용에 이용하는 경우로 인해 대중교통 서비스 제공자와의 갈등이 발생하는 것이 이에 해당된다.

262) 실제로 환자들은 되도록 낯선 환경인 병원이나 요양병원 등의 시설보다는 자신에게 익숙한 가정에서 투병생활을 하고자 하는 경우가 많다.

환자의 경우에도 그들의 건강 회복이나 현 상태에서 악화되지 않고 현상을 유지하기 위해서는 병원 밖에서도 적절한 전문적인 진료와 간병을 제공받을 수 있어야 한다. 특히 이는 고령화가 진행되면서 2008년부터 장기요양보험제도가 도입된 이유이기도 하다.

그러나 이러한 방문진료와 간병 제도는 제공되는 서비스와 반대급부로서 서비스를 제공하는 인력의 수입 등에서 실질적인 정의가 실현되는 것이 특히 중요하다. 전문적인 인력이 소수에 불과한 까닭에 모든 환자들이 질적으로 우수한 인력으로부터 해당 서비스를 적은 비용으로 제공받고 싶어 한다. 그러나 요양간병인들의 양성은 양적인 측면에만 관심을 가졌을 뿐, 이들의 질적인 측면에 소홀하였기 때문에 이 과정에서 환자나 노약자, 장애인에 대한 부적절한 처우와 처치가 발생하여 그들의 건강을 위협하고 심지어 생명까지도 위협하게 되는 경우가 발생하기도 한다. 반면에 앞서 교통서비스의 예시에서도 살펴보았던 것처럼 이를 악용하는 환자와 그 가족들의 진료간병 서비스 제공자에 대한 대우가 사회 문제시 되고 있다.²⁶³⁾ 또한 서비스 제공자가 받은 임금 등 보상 체계에 있어서 이들의 노동을 정당하게 인정해주지 못하고 있다.

이러한 문제들은 고령화가 진행되면서 더욱 심각해질 가능성이 크며 보건의료자원의 내용과 범위가 어디까지 확대될 것인가를 잘 보여주기도 한다. 이는 제공되는 서비스의 질이 환자의 신체적 건강이나 삶의 질에 근간이 되는 넓은 의미의 건강에 모두 영향을 미치고 그 서비스 질을 담보하기 위해서는 서비스 제공자에 대한 교육과 훈련, 관리 그리고 그들의 돌봄 노동에 대한 정당한 대가 지불의 문제들도 고려되어야 하는데 이는 전반적인 삶의 질 향상을 위하여 사회복지의 영역으로 범위가 확대될 것을 요구하기 때문이다.

이때 진료와 간병 등, 생존과 삶의 질을 확보하기 위해 필요한 돌봄이 요구되는 환자들을 위해서는 방문 진료간병 서비스를 제공하는 이들에 대한 교육과 훈련, 관리의 영역이 보건의료자원의 인적 자원의 범위를 확장되어야 할 수도 있다. 그리고 이러한 서비스를 제공하는 인적 자원들이 그들의 노동에 대한 정당

263) 실제로 방문요양보호사들 중에서는 실제로 간병 활동보다는 가사일 등 업무 외에 작업을 해야 하기도 하고 욕설이나 성희롱 피해에도 노출되어 있다.

한 대가를 받을 수 있도록 보건의료자원을 효율적으로 관리하기 위한 측면에서의 범위의 확장도 필요하다. 여기에서도 보건의료자원 자체의 범위는 그것들을 구성하는 요소별로 조금씩 넓어져야 한다. 그러나 간병인 등의 노동에 대한 정당한 대가는 단순히 보건의료에만 해당하는 것이 아니라 노동과 임금이라는 삶의 질과 관련된 다른 영역에 속한다. 이는 돌봄과도 연관이 있다. 고령으로 인한 질병이나 선천적 혹은 후천적으로 얻는 다양한 형태의 장애로 고통 받는 이들은 간병인 등의 전문적인 돌봄을 필요로 한다. 이들은 기본적으로 신체상 건강을 보유한 소위 “정상인들”과 달리 그들의 인간 존엄성을 유지하기 위해서 타인의 돌봄을 요구하게 된다. 즉, 그들은 내적 역량으로서의 건강을 비롯한 기초적인 역량이 ‘정상적인’ 기능을 할 수 있는 이들보다 부족하기 때문에 인간다운 삶을 향유하기 위해서는 그러한 기초적인 역량을 확보할 수 있는 추가적인 역량을 함양할 수 있어야 하고 이는 타인의 돌봄을 통해서 얻게 된다. 너스바움은 인간 핵심 역량의 목록의 작성을 통해서 이러한 의존성을 특징으로 하는 이들의 역량을 보다 두텁게 보호할 수 있는 정치적 제도가 마련될 수 있음을 지적한다. 또한, 전통적으로 그러한 돌봄을 제공하는 여성들이 돌봄을 제공하느라 다른 역량이 박탈되지 않도록 제도가 마련되어야 함을 촉구한다.²⁶⁴⁾

‘돌봄’(care)을 연결 지었을 때, 범위에 따라 달라지는 건강과 보건의료자원의 관계가 분명하게 드러난다. 간호, 간병 등과 같은 돌봄을 제공하는 간호사나 간병인들은 환자들의 내적 역량으로서의 건강을 회복, 유지하는데 의사만큼이나 직접적이고 중요한 공헌을 한다. 특히 장애인이나 중병으로 신체적 거동이 불편한 이들은 간호사나 간병인 없이는 최소한의 인간다운 생활은 물론 생존마저도 위협을 받을 만큼 취약한 상태에 놓여 있다. 더욱이 사람이라면 누구나 인생의 특정 시기에서 돌봄을 필요로 하는 취약한 상태에 놓여 있기 때문에 너스바움이 지적하는 것처럼 역량과 돌봄의 관계에 주목하여 정치적인 제도로 발전시킬 여지를 마련할 수 있어야 한다. 반면에, 돌봄을 제공하는 보건의료 인력이 환자나 장애인 등의 취약한 역량을 보충해주기 위해서 희생하게 되는 자신들의 역량을

264) Nussbaum, "Capabilities and Social Justice," *International Studies Review*, vol.4, no.2, 2002. pp.133-135.

보전, 보상해줄 수 있는 장치가 필요하며 이는 궁극적으로 보건의료자원을 필요로 하는 환자들이 받을 수 있는 진료 서비스의 품질에 영향을 미치기 때문에 보다 광의로 확장되는 보건의료자원의 범위로 고려되어야 한다. 특히 이들 보건의료인력이 자신들의 노동에 대한 대가로 받는 처우 문제는 그들의 내적 건강 역량과 결합 건강 역량, 그 외 다른 종류의 역량을 확보하는데도 직간접적으로 영향을 미칠 수 있다는 점이 고려되어야 한다.

(3) 원격 진료 사례

원격진료²⁶⁵⁾는 장거리 이동의 불편을 제거함으로써 향촌 고령층 환자가 보건의료인력이 제공하는 진단이나 치료를 받는 것을 용이하게 해준다.²⁶⁶⁾ 집에 머무는 고령층 환자는 그러한 원격진료 서비스를 통한 진단, 치료, 처방을 받기 위한 범위 내에서 자신의 개인정보 제공에 동의하게 되고 이를 통해서 그들에게 필요한 보건의료와 관련된 처치가 이루어지게 된다. 보통 병원이나 보건소와 같은 의료시설보다는 약국과 같은 시설에 대한 접근은 향촌에서도 용이하기 때문에 고령층 환자는 원격진료를 통한 진단과 처방 과정에서 처방전과 같은 자신의 개인 정보가 자신이 처방받고자 하는 약을 제공할 마을 내 약국에 제공되는 것에 동의한 후 보다 쉽게 자신에게 필요한 약을 구할 수 있게 된다.²⁶⁷⁾

이와 같은 원격진료는 실질적으로는 내적 역량으로서의 건강 회복에 관련되는 사례가 많음에도 불구하고 원격화상통신장비와 같은 기존에 없었던 인프라 자원을 요구한다는 점에서 기존의 보건의료자원에 외부적인 요소의 결합의 형태를 띠게 된다. 이러한 경우는 내적 역량으로서의 건강의 실질적인 확보를 위해서

265) 원격진료는 물론 기존의 보건의료자원에 포함하는 범위 이상의 자원을 요구한다. 환자와 보건의료서비스 공급자가 원격으로 만나기 위해서는 우선적으로 원격화상통신장비가 필요하며 또한 그것은 양 당사자 간에 그 화상통신장비 사용법을 숙지해야 가능한 일이기 때문이다.

266) 김진경, 「원격의료에서 의료전문직을 위한 실천원리로서 프로네시스」, 『대동철학』, 제82집, 2018; 이한주, 「의료서비스 격차해소를 위한 원격 의료 제도의 필요성과 개선방향」, 『인권법평론』, 제21권 제1호, 2018.

267) 이 과정에서 병원과 약국 간의 원격화상통신장비에 의한 통신이 용이하게 이루어질 수 있어야 한다.

앞서 살펴본 교통 지원과 더불어 기존의 보건의료자원에 외부적인 요소가 결합
이 되어야 하는 모습을 보여준다.

3. 중층적 건강 역량 개념에 따른 보건의료자원의 범위

현실에서 ‘건강’ 개념은 지금까지 살펴보았던 협의의 의미와 광의의 의미가
혼용되고 있다. 이때 각 ‘건강’ 개념의 범위에 따라서 그 목표를 달성하기 위해
서 필요한 보건의료자원의 내용 또한 달라질 수밖에 없다.

우리는 일반적으로 질병이나 장애가 발생하면, 좁은 의미의 건강이 손상되었
기 때문에 이를 고치기 위해 병원과 의료진에 제공하는 치료와 약품과 같은 고
전적인 보건의료자원이 필요하다고 생각하기 마련이다. 실제로 이러한 사고방식
이 뿌리 깊게 자리잡고 있어서 보건의료정책의 내용을 결정할 때는 그 이상의
내용이 포함됨에도 불구하고 병원시설의 규모, 의료진의 수와 같은 양적인 측면
의 보건의료자원에만 관심을 가지게 된다. 이는 앞서 살펴보았던 난임 환자들이
국가로부터 지원받는 부분이 보조생식술과 직접적으로 관련된 비용에 국한된 것
에서도 알 수 있다. 그러나 난임 치료는 단순히 시술을 시행했다는 것으로 그
성공여부를 장담할 수 없으며, 반복되는 실패 과정 속에서 기존의 보건의료자원
만으로 해결될 수 없는 요소들이 존재한다. 실패를 겪으면서 당사자는 심리적
혹은 대인관계상의 문제를 경험하게 되며 이는 이들이 받는 시술의 성공여부에
밀접한 관련성을 맺고 있다. 또한 명목상 기존의 보건의료자원에 접근할 수 있
다하더라도 물리적 거리나 교통 불편 등을 이유로 실질적인 접근성이 떨어지는
경우도 있다. 이는 고전적인 보건의료자원을 넘어서는 사회 전반의 인프라 자원
내지 사회복지 영역의 자원을 필요로 하게 된다.

그러므로 건강을 중층적 역량 개념으로 파악하게 되면, 실질적으로 좁은 의미
에서든 넓은 의미에서든 건강 상태를 성취하기 위해, 필요한 보건의료자원 그
자체로 범위가 확장되거나 혹은 보건의료자원을 구성하는 요소들이 내적으로
결합하거나 외부 요소와의 결합하는 방식을 통해 다양하게 변화할 수 있는 모습
을 보다 쉽게 포착하게 된다.

건강 개념이나 보건의료자원이나 구체적인 맥락에 따라서 다르게 규정될 수 있다. 그러나 건강은 보건의료자원을 사용하여 달성하고자 하는 목표를 의미하기 때문에 보건의료자원의 내용이나 범위를 바라보기 위해서는 건강 개념이 먼저 정립되어야 한다. 이때 건강 개념이 크게 협의와 광의로 파악될 수 있으며 이 개념들이 실제 현시에서는 각기 단독적으로 적용되기도 하지만 동시에 적용될 수 있다는 점에서 건강 개념은 중층적인 구조면서도 다양하고 구체적 맥락과 변화를 내포할 수 있는 역량 개념으로서 파악되어야 한다. 이때 건강 개념은 각각 내적 역량과 결합 역량으로 나누어 살펴볼 수 있으며 이 건강 개념의 중층적 구조는 계속해서 변화하고 복잡한 현실 세계에서 실질적으로 가변성을 띠는 보건의료자원의 내용과 범위를 쉽고 명료하게 포착할 수 있게 해준다.

VI. 결론

현대과학기술의 발달로 인하여 인류는 양적으로나 질적으로나 과거와는 다른 삶을 살게 되었다. 그 중 하나는 건강의 증진과 수명의 증가이다. 그러나 수명의 증가에도 불구하고 아직까지 인류는 노화로 인한 죽음을 막지 못하고 있는 상황이다. 그러므로 고령화가 진행될수록 각 개인은 신체의 노화로 인하여 신체적 건강을 상실하게 되며, 자신의 수명 증진에 기여했던 보건의료자원에 더 많이 의존하게 된다. 한편 과학기술의 발달은 보건의료자원의 양적, 질적 확대에 기여하고 있다. 그러므로 그 어느 때보다 보건의료자원의 중요성이 강조되면서 그것이 무엇인가라는 의문점이 제기될 수 있다.

‘보건의료자원’을 건강을 회복, 유지하거나 손상으로부터 예방, 보호하는 제반 행위에 필요한 모든 자원이라고 해석한다면, ‘보건의료’가 목표로 하는 ‘건강’의 개념화에서부터 출발해야 한다. 이때 ‘건강’은 일반적으로 신체에 질병이나 장애가 없는 소극적인 혹은 좁은 의미로 알려져 왔다. 그러나 통상적으로 사용되는 ‘건강’ 개념은 그것보다는 더 깊은 의미를 담고 있다. 질병이나 장애에서 자유로운 신체와 정신을 가지고 있는 것이 ‘건강한 상태’를 의미함에도 불구하고 우리 일상 속에서는 사람들이 ‘건강하다’는 사실이 각 개인의 삶을 어려운 일 없이 평온하게 살 수 있는 전제조건 중 하나로 여겨지고 있다. 즉 ‘건강’ 개념은 협의와 광의의 개념이 중첩되어 혼용되고 있는 것이다.

보건의료자원은 이와 같은 건강 상태를 유지하기 위해 필요한 것이다. 그러나 건강이 의미하는 범위에 따라서 보건의료자원의 범위는 달라질 수가 있다. 오늘날 ‘건강’은 WHO의 그에 관한 정의에서도 살펴볼 수 있듯이 각 개인의 행복한 삶을 위한 전제조건으로서의 보다 포괄적인 의미를 담고 있다. 이러한 범위의 ‘건강’을 향유하기 위해서 필요한 ‘보건의료자원’에 어떻게 접근할 것인가의 문제는 오늘날 보건의료의 중요성을 비추어 보아서도 필요한 작업이다.

특히, 의학학에서 ‘건강’ 개념이란 무엇인가라는 논의가 오랫동안 전개되어 왔음에도 불구하고 건강 개념이 어떻게 규정됨에 따라 보건의료자원을 바라보는

방식이 달라질 수 있다는 논의는 별로 이루어지지 않았다.

그와 같은 문제의식과 함께 이 연구에서는 건강 개념이 어떻게 구성되고 그 범위가 어떠한 구조를 지니는지 탐색해야 할 필요성에서 출발하여 1970년대 이후 서구에서 현재까지 진행 중인 ‘건강’의 개념에 대한 ‘자연주의’(협의)와 ‘규범주의’(광의)의 논쟁을 살펴보면서 ‘건강’ 개념은 단순히 협의의 개념이나 광의의 개념이냐의 이분법적 논쟁이 아니라 그 개념이 요구되는 다양한 맥락에 따라서 다른 층위를 지니는 중층적 의미로서 파악되어야 한다고 보았다.

한편 구체적으로 중층적인 개념으로서의 ‘건강’을 설명하기 위해서 이 연구보다 선행하여 ‘건강’ 개념의 논쟁에서부터 보건의료정의를 해결하기 위한 틀을 끌어내고자 했던 벤카타푸람의 ‘메타 역량으로서의 건강’ 개념에 주목하였다. ‘메타 역량으로서의 건강’ 개념은 협의의 건강 개념과 광의의 건강 개념의 논쟁 속에서 건강 개념은 광의적으로 파악되어야 하는데 동의한다. 그러나 광의로 파악되는 건강 개념이 인간의 행복에 필요한 다른 요건들, 교육이나 직업, 인간관계 등과의 차별성이 사라지면서 그 범위가 너무 확장되는 문제점을 보완하기 위하여 너스바움의 인간 핵심 역량 목록을 가져와 ‘건강’ 역량은 다른 역량을 실현하기 위한 기본 전제로서의 역량 즉 ‘메타 역량’으로 설정하였다.

그러나 건강을 ‘메타 역량’으로 설정할 경우에도 여전히 다른 역량보다 건강이 더 중요한 전제조건이 되는지에 관해서 만족스러운 근거가 제시되지 않았다. 그러므로 벤카타푸람의 비판자들은 다시 건강 개념을 협의로 파악해서 그 한도 내에서만 보건의료정의와 연결하여 보아야 한다는 비판을 제기하였다.

그러므로 이 연구에서는 ‘건강’을 여전히 너스바움의 핵심인간역량 목록에 따라서 역량 개념으로 파악하되, 협의의 ‘신체적 건강’ 개념은 내적 역량으로, 광의의 ‘삶의 목표의 전제조건으로서의 건강’ 개념은 결합 역량으로 나누어 설명할 것을 제안하였으며 보건의료자원을 이러한 중층적 구조의 역량으로 파악된 건강 개념에 따라 기존과 달리 접근될 수 있음을 현실 사례를 통해 보이게 하였다.

이를 통해서 오늘날 건강 개념이 확장되면서 그것을 달성하기 위해 보건의료자원의 범위가 그 자체로도 확장되지만 구성요소들이 결합하여 보건의료자원의

내용을 바라보는 새로운 시각을 제시하였다.

이 연구에서는 제시한 중층적 건강 개념에 따라 보건의료자원의 의미가 새롭게 이해될 수 있다면, 기존 우리가 익숙해 있던 협의의 건강 개념과 함께 가는 협의의 의료자원의 범위를 넘어서 사유할 수 있는 가능성을 열수 있을 것이라는 점이 강조될 수 있을 것이다. 이런 사유의 가능성은 더 나아가 무엇이 보건의료 정의인가라는 근본적인 질문을 시사하는 바가 있을 것이라 기대한다. 건강 개념과 보건의료자원의 내용과 범위가 중층적으로 접근될 때, 중층적 역량의 보건의료정의의 정책의 범위 또한 달라질 수 있을 것이기 때문이다. 이를 통해 오늘날 보건의료와 사회복지의 영역의 경계가 흐려지고 있는 현실에 적실성을 갖는 의료정의론의 또 하나의 가능성을 여는 출발이 될 수 있을 것이라 생각한다.

다만 이 연구가 보건의료와 사회복지 간의 경계가 흐려지는 현실에 맞추어 새롭게 보건의료자원을 바라볼 수 있는 시각을 제시했음에도 불구하고, 이것이 결코 보건의료가 사회복지가 추구하는 범위까지 확대되어야 함을 의미하는 것은 아니다. 오히려 그렇게 읽힐 수 있는 여지에 대해서는 주의해야 할 것이다 오히려 이 연구에서는 그러한 가능성이 너스바움이 존엄성을 지니고 인간답게 살아가 수 있는 최소요건으로 제시한 ‘핵심인간역량’ 목록에 의해 차단될 수 있다고 본다. 너스바움의 논의가 인간으로서의 행복을 추구하기 위해 필요한 최대치를 허용할 수 있는 것처럼 해석될 수 있음에도 불구하고 너스바움은 ‘핵심인간역량’ 목록이 보편적으로 인간존엄성을 확보하는데 필요한 최소 기준임을 강조했으며²⁶⁸⁾ 이 연구도 그러한 관점에서 ‘건강’을 중층적 역량 개념으로 파악하고자 했다.

268) Nussbaum, 2000, pp.73-80; 2001, pp.184-186; 2003, p.40; 2015, p.44-52.

참 고 문 헌

1. 단행본

- 김영미, 「고려시대 불교와 전염병 치유문화」, 『전염병의 문화사 : 고려시대를 보는 또 하나의 시선』, 해안, 2010.
- 노지은, 「아시아 지역 월경 액티비즘과 성재생산건강권(SRHR)에 관한 연구」, 이화여자대학교 대학원 박사학위청구논문, 2016.
- 박광준, 「제2장 보건의료와 사회정책」, 『의료복지서비스와 의료정책』, 세종출판사, 2000.
- 박상혁, 「보건의료서비스의 정의로운 배분을 위한 롤즈 정의론의 발전 방향: 대니얼즈의 롤즈적 보건의료정의론을 중심으로」, 『롤즈의 정이론과 그 이후』, 철학과 현실사, 2009.
- 이경록, 『고려시대 의료의 형성과 발전』, 해안, 2010.
- 정영민, 「기혼 여성의 난임 경험에 대한 현상학적 연구」, 서강대학교 신학대학원 사회복지학과 석사논문, 미간행, 2017.
- 한혜실, 「근거이론 접근에 의한 여성의 불임경험 연구」, 이화여자대학교 대학원 박사학위논문, 미간행, 2003.
- 허라금, 「몸으로 다시 꾸며보는 여성 주체」, 『여성의 몸에 관한 철학적 성찰』, 철학과 현실사, 2000a.
- , 「가부장적 성권력으로부터 해방된 몸」, 『도대체 건강이란 무엇인가 - 건강 그리고 건강한 사람 그 개념적 접근』, 김정희 엮음, 가산출판사, 2000b.
- Amartya Sen, "Equality of What?," S.M.McMurrin ed., *Liberty, Equality, and Law: Selected Tanner Lectures on Moral Philosophy*, Cambridge: Cambridge University Press, 1979.
- , "Capabilities and Well-being," Martha Nussbaum and

Amartya Sen eds, *The Quality of Life*, New York: Clarendon Press, 1993.

-----, "Gender Inequality and Theories of Justice," eds., Martha C. Nussbaum and Jonathan Glover, *Women, Culture, and Development*, Oxford: Oxford University Press, 1995.

-----, *Inequality Reexamined*, 1993. 이상호·이덕재 옮김, 『불평등의 재검토』, 한울아카데미, 1999.

-----, "Economic progress and health," eds. David Leon and Gill Walt, *Poverty Inequality and Health*, Oxford: Oxford University Press, 2000.

-----, *Development as Freedom*, 1999. 박우희 옮김, 『자유로서의 발전』, 세종연구원, 2001.

-----, "Missing Women"," eds., Padmini Murphy and Clyde Lanford Smith, *Women's Global Health and Human Rights*, Sudbury: Jones and Bartlett Publisher, 2010.

-----, *The Ideas of Justice*, 2010. 이규원 옮김, 『정의의 아이디어』, 지식의 날개, 2019.

Caroline Whitebeck, "A Theory of Health," *Concepts of Health and Disease: Interdisciplinary Perspectives*, Addison-Wesley Publishing Company, 1981.

Christopher Boorse, "Concepts of Health," Donald VanDeVeer and Tom Regan eds., *Health Care Ethics: An Introduction*, Temple University Press, 1987.

-----, "A Rebuttal on Health," J.M. Humber and R.F. Almeder eds., *What is Disease?*, Humana Press, 1997.

Christopher J.L. Murray, Julio Frenk, and Emanuela E. Gakidou, "Measuring Health Inequality: Challenges and New Directions," eds. David Leon and Gill Walt, *Poverty Inequality and Health: An*

- International Perspective*, Oxford: Oxford University Press, 2000.
- Deborah Lupton, *Medicine as Culture, 2nd Edition*, 2003. 김정선 옮김, 『의료문화의 사회학』, 한울 아카데미, 2009.
- Efrat Ram-Tiktin, "Basic Human Functional Capabilities as the Currency of Sufficitarian Distribution of Health Care," C. Fourie and A. Rid eds., *What is Enough?: Sufficiency, Justice, and Health*, Oxford: Oxford University Press., 2016b.
- Gavin Mooney, *Economics, Medicine, and Health Care*, 2nd edition, New York: Harvester Wheatsheaf, 1991.
- Ezekiel J. Emanuel, *The Ends of Human Life: Medical Ethics in a Liberal Polity*, Cambridge: Harvard University Press, 1991.
- Ingmar Pörn, "An Equilibrium Model of Health," Lennart Nordenfelt and B.I.B. Lindahl eds., *Health, Disease, and Causal Explanation in Medicine*, D. Reidel Publishing Company, 1984.
- Jennifer Prah Ruger, "Aristotelian Justice and Health Policy: Capability and Incompletely Theorized Agreements," unpublished Ph.D. dissertation on file with the Harvard University Library, 1998.
- , *Health and Social Justice*, Oxford: Oxford University Press, 2010.
- Katherine Park, "Medicine and Magic, the Healing Arts," Judith C. Brown and Robert C. Davis eds, *Gender and Society in Renaissance Italy*, London and New York: Routledge, 1985.
- Laura J. Frost and Michael R. Reich, *Access: How Do Good Health Technologies Get to Poor People in Poor Countries?*, 2008. 서울대학교 이종욱글로벌의학번역센터 옮김, 『의료접근성, 후마니타스』, 2013.
- Lennart Nordenfelt, *On the Nature of Health: An Action-Theoretic Approach*, Kluwer Academic Publishers, 1987[1995].
- , *Action, Ability, and Health: Essays in the*

Philosophy of Action and Welfare, Kluwer Academic Publishers, 2000.

Lesley Doyal, *What Makes Women Sick*, 1995. 김남순·김동숙·박은자·송현종·이희영·정진주·지선미 옮김, 『무엇이 여성을 병들게 하는가』, 한울 아카데미, 2010.

Madison Powers and Ruth Faden, *Social Justice: The Moral Foundations of Public Health and Health Policy*, Oxford: Oxford University Press, 2006.

Marc J. Roberts, William Hsiao, Peter Berman, and Michael R. Reich, *Getting Health Reform Right*, 2004. 신영전 옮김, 『보건의료개혁의 정치학』, 한울 아카데미, 2005.

Martha C. Nussbaum, "Non-Relative Virtues: An Aristotelian Approach," Martha Nussbaum and Amartya Sen eds, *The Quality of Life*, New York: Clarendon Press, 1993.

-----, "Aristotle on Human Nature and the Foundation of Ethics." J.E.G. Altham and Ross Harrison eds., *World, Mind, and Ethics: Essays on the Philosophy of Bernard Williams*, Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

-----, *Women and Human Development: The Capabilities Approach*, Cambridge: Cambridge University, 2000

-----, "The Costs of Tragedy: Some Moral Limits of Cost-Benefit Analysis," Matthew D. Adler and Eric A. Posner eds., *Cost-Benefit Analysis: Legal Economic, and Philosophical Perspectives*, Chicago: University of Chicago Press, 2001.

-----, *Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership*, Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press, 2006.

-----, *Creating Capabilities: The Human Development Approach*, 2011. 한상연 옮김, 『역량의 창조』, 돌베개.

Martha Nussbaum and Amartya K. Sen, *The Quality of Life*, New York: Clarendon Press, 1993.

Norman Daniels, *Just Health Care*, New York: Cambridge University, 1985.

-----, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, 2007. 양승인, 정혁인 옮김, 『분배정의와 의료보장』, 나눔의 집, 2009.

-----, "Capabilities, Opportunity, and Health," Harry Brighouse and Ingrid Robeyns eds. *Measuring Justice: Primary Goods and Capabilities*, Cambridge: Cambridge University, 2010.

Sridhar Venkatapuram, *Health Justice: An Argument from the Capabilities Approach*, Cambridge: Polity, 2011.

Tom L. Beauchamp and James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics, 6th Edition*, 2008. 박찬구, 최경석, 김수정, 인선호, 조선우, 추정완 옮김, 『생명의료윤리의 원칙들』, 서울: 이화여자대학교 생명의료법연구소, 2014.

2. 논문

김경례, 「불임(난임) 부부의 지원정책의 평가와 전망 - 여성의 출산권과 건강권을 중심으로」, 『지역사회연구』, 제20권 제2호, 2012.

김보영, 「문재인 정부 커뮤니티 케어, 역사적 전환과 선진국 흉내를 가르는 세 관건」, 『월간 복지동향』, 2018년 8월.

김승호, 「보건의료자원의 배분 에 대한 기독교적 접근」, 『신학과 실천』, 제57호, 2017.

김윤영, 윤혜영, 「커뮤니티케어 해외사례와 함의 그리고 구상」, 『비판사회정책』, 제60호, 2018.

김진경, 「원격의료에서 의료전문직을 위한 실천원리로서 프로네시스」, 『대동철학』, 제82집, 2018.

김혜영, 「보조생식술을 받는 여성의 우울과 극복력 관계: 신체증상 매개효과를

중심으로」, 『디지털융복합연구』, 제16권 제6호, 2018.

남종국, 「중세 유럽 여성의 일상생활」, 『서양중세사연구』 제42호, 2018, p.49

목광수, 「역량 중심 접근법과 인정의 문제: 개발 윤리와의 관련 하에서 고찰」, 『철학』, 제104집, 2010.

-----, 「역량 중심 접근법의 윤리적 함의」, 『윤리학』, 제1권 제1호, 2012.

-----, 「역량 중심 접근법에 입각한 의료 정의론 연구 - 노만 대니얼즈의 논의를 넘어서」, 『사회와 철학』, 제27집, 2014.

박상혁, 「자유주의 의료정의론에 관한 오해와 이해」, 『동서철학연구』, 제48호, 2008.

-----, 「보건의료자원의 거시적 배분과 민주주의적 정당성」, 『한국의료윤리학회지』, 제14권 제2호, 2011.

-----, 「보건의료자원의 배분에 있어서 세대 간 정의: N. Daniels의 프루던셜한 평생이론」, 『한국의료윤리학회지』, 제16권 제1호, 2013.

성기현, 「개념으로서의 건강: 비판적 고찰」, 『생명연구』, 제46집, 2017.

신영석, 「의료자원배분의 효율성 제고 방안: 전달체계를 중심으로」, 보건복지포럼, 2015. 230권.

이명선·이소우·최명애·김금순·이윤미, 「시험관 아기를 둔 어머니의 경험」, 『대한간호학회지』 제31권 제1호, 2001.

이우식·이정노·박찬·이숙환·박원식·남윤성·최동희·정미경·조용선·이학천·윤내영·곽인평·한세열·윤택기차광열, 「보조생식술(ART) 치료를 받은 환자들에서 자궁근종이 임신에 미치는 영향」, *Obstetrics & Gynecology Science, Vol. 43, No. 12, 2000.*

이윤정·김귀분, 「시험관 아기 시술 체험」, 『여성건강간호학회지』, 제15권 제1호, 2009.

이준호, 「보조생식술에 의한 임신의 주산기 예후」, 『대한주산의학회지』, 제26권 제2호, 2015

이한주, 「의료서비스 격차해소를 위한 원격 의료 제도의 필요성과 개선방향」, 『인권법평론』, 제21권 제1호, 2018.

- 임주현·김태완, 「집단미술치료가 난임 여성의 스트레스, 불안과 우울 감소에 미치는 영향」, 『미술치료연구』, 제22권 제3호, 2015.
- 정창록, 「의료자원 분배의 도덕성 논쟁 - QALY에 대한 찬반 입장을 중심으로」, 『한국의료윤리학회지』, 제15권 제1호, 2012.
- 조권문·정난희·정소은·정언석·김탁·김선행, 「보조생식술의 성과를 예측하는데 있어서 기저 난포수의 유용성」, *Obstetrics & Gynecology Science*, Vol. 46, No. 10, 2003.
- 한수경·강희선, 「난임 여성들의 난임부부 시술지 지원사업에 대한 인식」, 『여성건강간호학회지』 제21권 제3호, 2015.
- 한애라·박찬우·차선화·김혜옥·김진영·궁미경·강인수·송인옥, 「성선자극 호르몬 성선저하증 여성에서 보조생식술의 임신율」, *Clinical and Experimental Reproductive Medicine*, Vol. 37, No. 1, 2010.
- 허성범, 「역량과 인권: 쉐와 누스바움」, 『시민인문학』, 제25호, 2013.
- 황나미, 「난임 여성의 우울에 영향을 미치는 요인 분석」, 보건사회연구 제33권 제1호, 2013.
- 황란희, 「난임여성의 자아존중감, 신체상과 우울에 미치는 영향요인」, 『디지털융복합연구』, 제15권 제10호, 2017.
- Alan, Williams, "Comment on Amartya Sen's 'Why Health Equity'," *Health Economics*, 12, 2003.
- Alena Buyx, Eszter Kollar, and Sebastian Laukotter, "Editorial: Sridhar Venkatapuram's Health Justice: A Collection of Critical Essays and a Response from the Author," *Bioethics*, vol.30, no.1, 2016.
- Amartya Sen, "Missing Women," *BMJ*, 304, 1992.
- , "Why health equity?," *Health Economics*, vol.11, 2002.
- Bernard Guyer, Mary Anne Freedman, Donna M. Strobino, and Edward J. Sondik, "Annual Summary of Vital Statistics: Trends in the Health of Americans During the 20th Century," *Pediatrics*, vol.106, no.3, 2000.
- Christopher Boorse, "On the Distinction between Disease and Illness."

Philosophy and Public Affairs, vol.5, no.1, 1975.

-----, "Wright on Functions," *Philosophical Review*, vol. 85, no.1, 1976.

-----, "Health ad a Theoretical Concept." *Philosophy of Science*, vol. 44, 1977.

-----, "A Second Rebuttal on Health," *Journal of Medical Philosophy*, vol. 39, no.6, 2014.

Efrat Ram-Tiktin, "The Right to Healthcare as a Right to Basic Human Functional Capabilities," *Ethical Theory and Moral Practice*, vol. 15, no.3, 2012.

-----, "Equality of Opportunity versus Sufficiency of Capabilities in Healthcare," *World Journal of Social Science Research*, vol.3, no.3, 2016a.

Frederik Svenaeus, "Naturalistic and Phenomenological Theories of Health," *Royal Institutes of Philosophy Supplement*, 72, 2013.

George Khushf, "An Agenda for Future Debate on Concepts of Health and Disease." *Medicine, Health Care, and Philosophy*, vol.10, 2007.

Henry S. Richardson, "Capabilities and the Definition of Health: Comments on Venkatapuram," *Bioethics*, vol. 30, no.1, 2016.

Larry Wright, "Functions," *The Philosophical Review*, vol. 82, no.2, 1973.

Lasse Nielsen, ""Why Health Matters Justice: A Capability Theory," *Ethical Theory and Moral Practice*, 18, 2015.

Lennart Nordenfelt, "On the Notion of Health as Ability," *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, vol.3 1996.

-----, "The Concepts of Health and Illness Revisited," *Medicine, Health Care, and Philosophy*, vol.10, 2007.

-----, "Standard Circumstances and Vital Goals:

Comments on Venkatapuram's Critique," *Bioethics*, vol. 82, no.5, 2013.

Leon Eisenberg, "Disease and Illness: Distinctions between Professional and Popular Ideas of Sickness," *Medicine and Psychiatry*, vol. 1, 1977.

Martha C. Nussbaum, "Aristotle on Political Distribution," *Oxford Studies in Ancient Philosophy*, supp. vol. 1, 1988.

-----, "Human Functioning and Social Justice: In Defense of Aristotelian Essentialism," *Political Theory*, vol. 20, 1992.

-----, "Capabilities and Social Justice," *International Studies Review*, vol.4, no.2, 2002.

-----, "Capabilities as Fundamental Entitlements: Sen and Social Justice," *Feminist Economics*, vol. 9, no.2, 2003.

Nam, Jong Kuk, "Social Perception of Infertility and Its Treatment in Late Medieval Italy: Margherita Datini, an Italian Merchant's Wife," *Korean Journal of Medical History*, Vol. 25, No. 3, 2016.

Norman Daniels, "Health-care Needs and Distributive Justice," *Philosophy and Public Affairs*, Vol. 10, No.2, 1981.

Sridhar Venkatapuram, "Health, Vital Goals, and Central Human Capabilities," *Bioethics*, vol.27 no.5, 2013.

Per-Anders Tengland, "Venkatapuram's Capability Theory of Health: A Critical Discussion," *Bioethics*, vol. 30., no.1, 2016.

Thomas Schramme, "A Qualified Defense of a Naturalist Theory of Health", *Medicine, Health Care and Philosophy*, vol. 10. 2007.

3. 신문기사 및 인터넷 자료

노컷뉴스, 2012년 11월 6일자 기사, "임신부에게 흔하게 나타나는 '임신빈혈'",
 노컷뉴스, <http://www.nocutnews.co.kr/news/4289575>, 접속일: 2018. 8. 4.
 매일경제, "중증외상 환자의 구세주 '닥터 카' 울산서 다시 달린다",

<https://www.mk.co.kr/news/business/view/2019/04/275549/> 접속일:
2019. 4. 30.

메디파나 뉴스, “임상과 공중보건 경계 허물어져, 총체적 논의 필요”,
http://www.medipana.com/news/news_viewer.asp?NewsNum=232535&MainKind=A&NewsKind=5&vCount=12&vKind=1; 접속일: 2018. 12. 22.

위키백과, “모성사망비”, <https://ko.wikipedia.org/wiki/모성사망비> 접속일:
2018. 10. 31.

한겨레신문, 2018년 11월 9일자 기사, “생리를 생리라 말하지 못하는 이유”,
http://m.hani.co.kr/arti/culture/book/869522.html?_fr=nv#cb 접속일:
2018. 11. 9.

한국경제, “68년 된 시골 버스터미널, 20년 적자에도 문 안 닫는 이유”,
<https://www.hankyung.com/society/article/2019050310721>; 접속일: 2019.
5. 4.

BBC, “A형 간염: 증상, 정의, 사망률, 예방법 총정리”,
<https://www.bbc.com/korean/news-48088627> 접속일: 2019. 4.30.

ABSTRACT

A Study on the Two-fold Conception of Health and Healthcare Resources : Focusing on Nussbaum's List of Core Human Capabilities

Lee , Meekyoung

Interdisciplinary Program in Bioethics Studies

The Graduate School

Ewha Womans University

In the contemporary society, as biomedical science and technology has developed, discovering new treatments and drugs, diseases and disabilities that had been considered as incurable can be treated, and patients with these problems could survive and secure their own quality of life, if a chance for cure is given.

And in the reality, even though the goal such as minimal health for human dignity is sought, resources for the goal may be distributed differentially among people through various social conditions including race, gender, and nationality, causing to social inequality. Some people enjoy abundant resources and opportunities making them access easily to the goal while the marginalized in our society cannot have the minimal ones required for the goal. In order to solve the inequality in healthcare, 'how to distribute healthcare service' has been discussed and debated.

However, those who have discussed and debated over it, seem to focus on what resource the society support publically for pursuing health everyone wants and what is criteria for its fair distribution only, not discussing sufficiently 'health' the core concept of the discussion and make their arguments, presupposing that there is already the concept of 'health'. In their discussion, 'health' should not be presupposed and yet it should be treated as controversy. People who are not healthy due to aging or incurable diseases pursue the goal of 'health' and depending on its conception, the methods or the contents of resources required for practical achievement of the goal can be different.

Then, in order to accomplish 'health' as the goal, healthcare resources are required, and it should be done practically. Therefore, its conception and scope should be significantly discussed as much as the conception of health. In addition, the conception of health is narrow, it will affect that of healthcare, and the broad concept of health as the condition of human happiness may include the conception of resource exceeding the scope of usual healthcare one. Especially, as quality of life as well as treating a disease are emphasized in the contemporary society and the boundary between healthcare resources and (social) welfare ones is blurred, we need to figure out how the conception of 'health' is defined and how approach to healthcare is made.

This study, starting from the point, before discussing over healthcare resources, aims at investigating about how to compose the basic conception of 'health', the precondition for the contents and scope of healthcare resources and how the contents of healthcare resources could be affected accordingly with the actual cases at

present.

Firstly, reviewing the debate over the concept of 'health' between 'naturalists'(narrow) and 'normativists'(broad) which has been done in the West since the 1970's, it is figured that the conception of 'health' should be two-fold one, having different meanings depending on diverse contexts demanding them, not as a dichotomous one whether it should have simply narrow or broad meaning.

And then, in order to explain 'health' as a two-fold conception, Venkatapuram's conception of 'health as meta-capability' was reviewed. However, even health is defined as 'meta-capability', there are still no sufficiently satisfying evidences why health is more important than other capabilities.

Therefore, this study makes a suggestion that 'health' should be considered as a 'capability' according to the list of 'central human capabilities' by Nussbaum and yet it should be categorized into narrow concept of 'physical health' as internal capability and broad concept of 'health as a condition for goal of life' as combined capability, and tries to show healthcare resources can be configured in accordance with the concept of 'health' as such a two-fold structure.

Through it, the study suggests a new vision for the contents of healthcare extending itself in order to accomplish broader conception of health today and consisting of the combined elements.

If it is possible to understand the new meaning of healthcare resources according to the conception of health as two-fold capability in this study, we will be able to emphasize the possibilities of ideas beyond narrow scope of healthcare resources corresponding to narrow concept of health which we have been familiar with. These possibilities will be expected to be the base for an essential question what is

healthcare justice. When we approach the concept of health and the content and scope of healthcare resources in two-fold structure, the scope of healthcare justice based on two-fold causability could make a big change, as well.

Keywords: Healthcare Justice, Conception of Health, Boorse, Nordenfelt, Venkatapuram, Capabilities Approach, Capability, Health Capability, Internal Capability, Combined Capability, Health as Two-fold Capability, Healthcare Resources